



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**

Relatório de Estágio

**Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos
vulneráveis para realizar a vacinação contra o vírus da
hepatite b**

Ricardo Alexandre Sousa Ferreira



Lisboa

2020



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**

Relatório de Estágio

**Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos
vulneráveis para realizar a vacinação contra o vírus da
hepatite b**

Ricardo Alexandre Sousa Ferreira



Orientador: Maria Lourdes Gil Patrício Varandas Costa

Coorientador: Sem Coorientador



Lisboa

2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível através do apoio de inúmeras pessoas. A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho, expresso a minha profunda gratidão, e reconhecimento.

Para algumas pessoas que me acompanharam mais de perto deixo uma particular referência:

À Professora Doutora Maria de Lourdes Gil Patrício Varandas Costa, minha orientadora, a qual lhe reconheço preponderante importância pela sua orientação em todo este percurso e pelo desafio que me propôs com este trabalho.

Ao Enfermeiro Miguel Rocha, o qual permitiu, em diferentes dimensões, que este trabalho fosse possível.

Ao GAT, à sua direção e colaboradores que aceitaram e disponibilizaram-se a participar neste trabalho e permitiram a concretização deste estudo.

Aos participantes neste estudo, a todas as pessoas com vulnerabilidades e a todas as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, pois é por todos eles que prestamos cuidados de Enfermagem.

Aos colegas do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária pela sua presença, motivação e colaboração constante ao longo de todo o percurso académico.

A todos os amigos e colegas de profissão que me animaram na realização e concretização deste percurso.

À minha família, a minha esposa Vânia, os meus filhos Afonso e Maria, e restante família pela sua presença insubstituível.

A todos o meu profundo e reconhecido agradecimento.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AgHBs – Antígeno de superfície do Vírus da hepatite B
ACES LC – Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central
AMM – Associação Médica Mundial
APA – *American Psychological Association*
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CO – Convenção de Oviedo
DGS – Direção-Geral da Saúde
ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
JBI – *The Joanna Briggs Institute*
MPS – Modelo de Promoção de Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PCC – População, Conceito e Contexto
PIC – Projeto de Intervenção Comunitária
PNV – Programa Nacional de Vacinação
RCV – Registo Centralizado de Vacinas
RRC – Rede de Rastreio Comunitária
RL – Revisão da Literatura
SR – *Scoping Review*
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
UC – Unidade Curricular
USP – Unidade de Saúde Pública
VHB – Vírus da hepatite B
VIH – Vírus da imunodeficiência humana
WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A hepatite b é uma doença provocada pelo vírus da hepatite B (VHB) que pode infectar o fígado, causando inflamação, necrose hepatocelular e cancro, mas que é prevenível através da vacinação.

Sendo a hepatite b um problema de saúde pública, a sua prevenção é fundamental, pelo que, medidas de saúde pública, onde se inclui a vacinação, são uma prioridade.

O Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) oferece rastreio rápido para o VHB dirigido a grupos vulneráveis na área metropolitana de Lisboa. Pessoas com rastreio não reativo são encaminhadas para vacinação.

Partindo do tema “Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b”, surgiu este estudo que teve como finalidade promover a acessibilidade, de pessoas adultas e grupos vulneráveis que utilizam o GAT, aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra o VHB.

Este estudo desenvolveu-se com base na Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes e no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Na fase do diagnóstico de situação, procedeu-se ao levantamento dos problemas. Dos resultados obtidos foi identificado como problema prioritário “Barreiras à adesão”. Para promover a acessibilidade foram desenvolvidos dois projetos. Através da avaliação da intervenção concluiu-se que os objetivos delineados foram atingidos na sua maioria.

Este estudo contribuiu para a integração de respostas estruturadas no GAT para os seus utilizadores poderem realizar a vacinação contra o VHB, bem como para o desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária.

Palavras-chave: Barreiras à ação; vacinação; VHB

ABSTRACT

Hepatitis B is a disease caused by the hepatitis B virus (HBV) that can infect the liver, causing inflammation, hepatocellular necrosis, and cancer, but which is preventable through vaccination.

As hepatitis b is a public health problem, its prevention is essential, which is why public health measures, including vaccination, are a priority.

The Treatment Activists Group (GAT) offers quick screening for HBV targeting vulnerable groups in the Lisbon metropolitan area. People with non-reactive screening are referred for vaccination.

Starting from the theme “Accessibility to health services by vulnerable people and groups to carry out vaccination against the hepatitis b virus”, this study emerged, which aimed to promote accessibility for adults and vulnerable groups that use the GAT to health services to carry out vaccination against HBV.

This study was developed based on the Health Planning Methodology by Imperatori & Giraldes and on the Health Promotion Model by Nola Pender, the. In the diagnosis situation phase, the problems were surveyed. From the results obtained, it was identified as a priority problem “Barriers to adhesion”. In order to promote accessibility, two projects were developed. Through the evaluation of the intervention, it was concluded that the objectives outlined were mostly achieved.

This study contributed to the integration of structured responses in the GAT for its users to be able to carry out vaccination against HBV, as well as for the development of skills in Community Nursing.

Keywords: Barriers to action; vaccination; HBV

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA	12
1.1. Hepatite b e a epidemiologia	12
1.2. Hepatite b e a vacinação	14
1.3. O acesso a serviços de saúde para pessoas com vulnerabilidade	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1. <i>Scoping Review</i>	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1. Modelo de Promoção de Saúde	19
3.2. Modelo de Promoção de Saúde e as Populações vulneráveis	20
4. METODOLOGIA DO PROJETO – PLANEAMENTO EM SAÚDE	22
4.1. Diagnóstico de Situação	23
4.1.1. Contextualização do local de intervenção	23
4.1.2. Fase preparatória	24
4.1.3. População alvo e amostra	26
4.1.4. Instrumento de colheita de dados	27
4.1.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	28
4.1.6. Tratamento e análise de dados	30
4.1.7. Apresentação e análise de resultados	30
4.2. Determinação de prioridades	39
4.3. Fixação de objetivos	41
4.4. Seleção das estratégias	43
4.5. Elaboração de projetos	47
4.6. Preparação da execução	48
4.7. Avaliação dos projetos	49
5. LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS	51
6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	52
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICES	
Apêndice I: Revisão da Literatura	
Apêndice II: Modelo de Promoção de Saúde e os conceitos de Saúde, Ambiente, Pessoa e Enfermagem	

Apêndice III: Pressupostos e Proposições Teóricas do Modelo de Promoção de Saúde

Apêndice IV: Cronograma de Atividades

Apêndice V: Resultado das auditorias às unidades de saúde do GAT

Apêndice VI: Apresentação do Projeto de estágio aos colaboradores do GAT

Apêndice VII: Enquadramento teórico da entrevista exploratória

Apêndice VIII: Guião da entrevista e a transcrição das entrevistas

Apêndice IX: Enquadramento teórico da análise de conteúdo

Apêndice X: Questionário

Apêndice XI: Quadro síntese com a ancoragem das perguntas do questionário às dimensões do MPS

Apêndice XII: Quadro síntese com a ancoragem dos itens de resposta do questionário por categoria de barreiras de acordo com Pender et al (2015)

Apêndice XIII: Consentimento Informado

Apêndice XIV: Pedido e autorização para utilização da Escala de Auto-Eficácia Geral

Apêndice XV: Quadro de categorização da Análise de Conteúdo

Apêndice XVI: Dados disponibilizados pelo *software* SPSS® para a dimensão Caracterização das características e experiências individuais (Pender et al, 2015)

Apêndice XVII: Barreiras identificadas para a ação

Apêndice XVIII: Dados disponibilizados pelo *software* SPSS® para as dimensões Conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento, e Compromisso com um plano de ação (Pender et al, 2015)

Apêndice XIX: Apresentação do estudo até ao Diagnóstico de Situação junto dos colaboradores do GAT

Apêndice XX: Tabela de Objetivos, atividades e respetivos indicadores

Apêndice XXI: Características das estratégias de intervenção

Apêndice XXII: Descrição das estratégias

Apêndice XXIII: Projeto “Via Verde Vacinas”

Apêndice XXIV: Projeto “Vacinação Sem Barreiras”

Apêndice XXV: Fluxograma prévio aos projetos “Via Verde Vacinas” e “Vacinação Sem Barreiras”

Apêndice XXVI: Pedido de cedência de vacinas contra hepatite b à USP do ACES LC

Apêndice XXVII: Folheto para o projeto “Vacinação Sem Barreiras”

Apêndice XXVIII: Mapa de Navegação para o projeto “Vacinação Sem Barreiras”

Apêndice XXIX: Diagrama de Gantt

Apêndice XXX: Avaliação dos indicadores de atividade

Apêndice XXXI: Poster com o título “Impacto da mudança de género no sistema familiar”, no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar

Apêndice XXXII: Poster subordinado ao tema “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Promoção da Atividade Física no Adulto” nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem Comunitária da ESEL – Saúde e sociedade: Pensar a enfermagem comunitária no século XXI

Apêndice XXXIII: Poster subordinado ao tema “Barreiras percebidas e acesso à vacinação em adultos não vacinados contra VHB” nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem Comunitária da ESEL – Saúde e sociedade: Pensar a enfermagem comunitária no século XXI

ANEXOS

Anexo I: Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde (Traduzido)

Anexo II: Fases do Processo de Planeamento da Saúde

Anexo III: Checklist utilizada pela USP do ACES LC para auditar os serviços de vacinação

Anexo IV: Escala de Auto-Eficácia Geral de Miguel Araújo & Octávio Moura (2011)

Anexo V: Autorizações do Sr. Diretor Executivo do GAT, Ricardo Fernandes

Anexo VI: Grelha de análise, de Pineault e Daveluy (1986)

Anexo VII: Treino inicial da rede de Rastreio

Anexo VIII: Comunicação oral subordinada ao tema “Barreiras percebidas e acesso à vacinação em pessoas adultas e grupos vulneráveis em risco não vacinados” nas II^{as} Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.	Questão de Investigação (PCC)	18
Quadro 2.	Caracterização das características e experiências individuais	32
Quadro 3.	Caracterização dos conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento	33
Quadro 4.	Resultados da aplicação da Escala de Auto-Eficácia Geral	36
Quadro 5.	Mediana de barreiras reportadas por participante e por nível de Autoeficácia	36
Quadro 6.	Relação entre as categorias das barreiras (Pender et al, 2015) e o nível de autoeficácia percebida	37
Quadro 7.	Enunciados dos diagnósticos de enfermagem	38
Quadro 8.	Análise feita para a seleção dos dois problemas de saúde identificados	40
Quadro 9.	Indicadores de resultado	49

INTRODUÇÃO

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), “as hepatites virais são uma causa importante de doença e de morte em todo o mundo, incluindo Portugal, mas podem ser prevenidas e tratadas” (DGS, 2017, p. 4), e que “o termo hepatite viral refere-se à doença causada por cinco vírus: os vírus da hepatite A e da hepatite E, de transmissão fecal-oral, e os vírus da hepatite B, hepatite C e hepatite D, transmitidos por via parentérica” (DGS, 2017, p. 5). Em termos mundiais a hepatite A é a mais frequente, mas nos países desenvolvidos são as hepatites crónicas B e C, as que apresentam maior impacto em termos de morbilidade e mortalidade, ao serem as principais causas de doença hepática crónica (DGS, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infeção por hepatite B é causada pelo vírus da hepatite B (VHB), que infeta o fígado, causando inflamação hepatocelular e necrose (WHO, 2015). A infeção pelo VHB pode ser aguda ou crónica, e a doença associada varia em gravidade de doença progressiva assintomática a sintomática (WHO, 2015), podendo ser prevenida através da vacinação (WHO, 2019b).

O investimento e interesse pessoal/académico nesta área surgiu ao longo dos anos no desenvolvimento da atividade profissional na área da vacinação em cuidados de saúde primários, o que conduziu a um especial interesse na prevenção de doenças através da vacinação como é o caso da infeção pelo VHB.

Neste contexto, surgiu este Projeto de Intervenção Comunitária (PIC) com o título: “Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b”, tendo-se escolhido a temática da vacinação contra o VHB por ser uma medida eficaz de combate à infeção pelo VHB, que está associada a morbilidades e mortalidade evitáveis pela vacinação, e evitar a propagação da infeção, principalmente em pessoas e grupos vulneráveis.

Na elaboração deste relatório teve-se em consideração os objetivos individuais de aprendizagem e os interesses da comunidade onde foi realizada a intervenção.

Desta forma, como finalidade deste trabalho pretendeu-se “Promover a acessibilidade, de pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra o VHB”.

Estruturalmente este trabalho encontra-se dividido em 6 partes: Parte I – a justificação da temática, enquadrando a epidemiologia da hepatite b, a vacinação e a acessibilidade aos serviços de saúde para pessoas com vulnerabilidade; Parte II – uma *Scoping Review* que seguiu o protocolo de *The Joanna Briggs Institute* (JBI), onde são apresentados os principais resultados da pesquisa científica relacionada com a temática; Parte III - o referencial teórico de enfermagem comunitária que orienta o desenvolvimento deste trabalho, tendo-se optado pelo Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender, por ser um modelo que se enquadra na temática escolhida; Parte IV – explicamos a metodologia, seguindo o processo de Planeamento em Saúde, onde se elaborou um Diagnóstico de Situação de Saúde, que inclui os aspeto éticos levados em consideração, foram elaborados e priorizados diagnósticos de enfermagem, com base nos indicadores de saúde encontrados, definidos objetivos e estratégias de intervenção com vista à melhoria dos indicadores de saúde, prestados cuidados de enfermagem dirigidos aos participantes do estudo, e avaliados os cuidados prestados; Parte V – as limitações e constrangimentos do projeto, onde refletimos sobre a implementação do mesmo; Parte VI – reflexão sobre o desenvolvimento de competência gerais do 2º ciclo e de competências de enfermeiro especialista desenvolvidas ao longo do período académico. No final é realizada uma conclusão do trabalho.

Para a elaboração deste trabalho teve-se em conta as seguintes premissas:

- a) A apropriação de competências gerais do 2º ciclo e de competências de enfermeiro especialista;
- b) A apropriação do contexto específico da Enfermagem Comunitária que permitisse a elaboração do relatório de estágio;
- c) A necessidade de aprendizagem relacionada com o desenvolvimento pessoal e profissional e a apropriação das características do contexto clínico.

O PIC decorreu numa Organização Não Governamental (ONG), sem fins lucrativos, registada como Instituição Portuguesa de Solidariedade Social (IPSS): Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), que tem 4 unidades de saúde de base comunitária.

Este relatório foi desenvolvido de acordo com as linhas orientadoras para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), segundo as normas da 6ª edição da *American Psychological Association* (APA), e encontra-se construído em formato de Relatório de Estágio.

1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1. Hepatite b e a epidemiologia

A hepatite b é um problema de saúde global e o tipo mais grave de hepatite viral, estando estimado que cerca de 780.000 pessoas morram todos os anos devido às consequências da hepatite b, como cirrose hepática e cancro do fígado (WHO, 2019c). O vírus é altamente contagioso e pode sobreviver fora do corpo por pelo menos 7 dias (WHO, 2019c). O vírus da hepatite b transmite-se por via sexual, por contacto com o sangue ou fluidos de uma pessoa infetada e ainda da mãe para o filho durante o parto (DGS, 2019c). A maioria das pessoas não apresenta nenhum sintoma, no entanto, a pele e olhos podem ficar amarelados (icterícia), a urina escura, e sensação de fadiga, náusea, vômito e dor abdominal (WHO, 2019b). O desenvolvimento da infeção crónica pelo VHB está inversamente associado à idade em que o indivíduo infetado se encontra, sendo que até 90% de crianças com menos de 1 ano de idade infetados com o vírus desenvolvem infeções crónicas, mas menos de 5% dos adultos infetados desenvolvem infeção crónica (ECDC, 2019a).

Para se realizar o diagnóstico procede-se habitualmente à realização de um teste rápido para o VHB numa amostra de sangue. O marcador para a infeção é a presença do antigénio de superfície do VHB (AgHBs), sendo que o período de janela entre a infeção e a deteção do AgHBs é estimado em cerca de 38 dias, mas depende da sensibilidade analítica do ensaio utilizado, da imunocompetência do hospedeiro e da cinética viral individual (WHO, 2017c). Para as pessoas que recuperam da infeção, este antigénio desaparece após 4 a 6 meses, pelo que a sua persistência além dos 6 meses indica infeção crónica (WHO, 2017c).

O teste e diagnóstico da hepatite B são a porta de entrada para o acesso a serviços de prevenção e tratamento, e é um componente crucial de uma resposta eficaz à epidemia de hepatite (WHO, 2019f). A identificação precoce de pessoas com infeção VHB crónica permite aos próprios receberem os cuidados e tratamentos necessários para prevenir ou retardar a progressão da doença hepática, sendo que o teste também oferece uma oportunidade de vincular as pessoas a intervenções para reduzir a transmissão, através de aconselhamento sobre comportamentos de risco e fornecimento de produtos de prevenção e vacinação (WHO, 2019f).

Segundo a OMS, não há tratamento específico para a hepatite B aguda, neste sentido, o cuidado visa manter o conforto e o equilíbrio nutricional adequado, incluindo a reposição de fluidos perdidos por vômitos e diarreia (WHO, 2019f). Para a infecção crónica por hepatite B, esta pode ser tratada com medicamentos, incluindo agentes antivirais orais, podendo retardar a progressão da cirrose, reduzir a incidência de cancro do fígado e melhorar a sobrevida a longo prazo (WHO, 2019b).

Enquadrando a incidência da doença na Europa “na Região Europeia, da OMS, estima-se que mais de 13 milhões de pessoas vivam com infecção crónica por vírus da hepatite B” (DGS, 2017, p. 5). Em Portugal, estima-se que 0,4 a 1% da população seja portadora de AgHbs, pelo que a hepatite b crónica atinge maioritariamente pessoas do sexo masculino, nas faixas etárias dos 25 aos 54 anos, em que os óbitos devido a hepatites virais agudas são numericamente pouco expressivos, e estão maioritariamente associados à hepatite b aguda (DGS, 2017).

Segundo a *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) em Portugal foram reportados em 2017, 41 novos casos de hepatite b aguda, com uma incidência de 0,40 casos por cada 100000 habitantes (ECDC, 2019b).

Em relação à hepatite b crónica, em 2017, segundo a ECDC (2019b), em Portugal foram reportados, em 2017, 66 novos casos de hepatite b crónica, com uma incidência de 0,64 casos por cada 100000 habitantes (ECDC, 2019b). A mesma fonte indica ainda que, em Portugal, de 2013 para 2015, o número de novos casos de hepatite b crónica reportados aumentou de 1 para 73.

Este aumento súbito de casos reportados de hepatite b crónica pode estar parcialmente justificado pelo aumento gradual do rastreio de VHB de base comunitária, decorrente de acordo entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e o GAT, ou seja, ser resultado da identificação de casos por diagnosticar, e não necessariamente, novas infeções. A tendência crescente de novos diagnósticos, com inflexão em 2013 apresentados pela ECDC (2019b), é consonante com o início do rastreio de VHB.

A OMS recomenda fortemente que todas as regiões e países associados desenvolvam metas para o controlo da hepatite b adequadas à sua situação epidemiológica (WHO, 2019c), implicando desta forma países como Portugal, por apresentar populações vulneráveis, tal como identificadas anteriormente, e que estão suscetíveis de contrair a doença, aumentando a probabilidade de propagação da infeção em locais onde a incidência se encontra diminuída e controlada.

A Direção Geral da Saúde (DGS) tem como visão interromper a transmissão do VHB em Portugal, garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde e eliminar a hepatite b em 2030, enquanto problema de saúde pública (DGS, 2017).

1.2. Hepatite b e a vacinação

A vacinação em Portugal surge como um direito na saúde para toda a população, implementada como Programa Nacional de Vacinação (PNV) em 1965, sendo um exemplo de eficiência em políticas de saúde pública (DGS, 2016).

Segundo a OMS, a vacinação é uma das maneiras mais eficazes de prevenir doenças (WHO, 2019a). As vacinas ajudam o sistema imunológico do corpo a reconhecer e combater vírus ou bactérias, mantendo-nos a salvo das doenças que provocam (WHO, 2019a). A DGS (2019a) refere que “a vacinação previne o aparecimento de doenças, torna possível a sua erradicação, eliminação ou controle e protege as pessoas de sofrimento e de morte” (§ 1).

Sobre a importância que os programas nacionais de vacinação universais têm junto das populações, o PNV 2017 (DGS, 2016) refere que os mesmos “promovem a equidade, proporcionam igualdade de oportunidades, protegem a saúde e previnem doenças, independentemente do género, da etnia, da cor da pele, da religião, do estatuto social, dos rendimentos familiares ou das ideologias” (p. 15). A mesma fonte refere que “uma elevada cobertura vacinal permite imunizar quem é vacinado, mas também evitar a propagação de doenças, uma vez que a imunidade de grupo impede a circulação de agentes patogénicos” (DGS, 2016, p. 15).

No que diz respeito à hepatite b enquanto doença, a base da prevenção é através da vacinação, sendo que esta vacina existe desde 1982 (WHO, 2019b). Tem uma eficácia de 98% a 100% na prevenção de infeções e no desenvolvimento de doenças crónicas e cancro do fígado devido à hepatite b, quando é concluído o esquema vacinal (WHO, 2019b). A vacina promove uma proteção de pelo menos 20 anos e é provavelmente vitalícia, não estando recomendada a vacinação de reforço para pessoas que completaram o esquema de vacinação (WHO, 2019b). A vacina pode ser administrada segundo vários esquemas vacinais (GSK, 2020): 0, 1 e 6 meses (mais de 96% das vacinas apresentam níveis soroprotetores de anticorpos 7 meses após a primeira dose); 0, 1, 2 e 12 meses (15% e 89% das vacinas apresentam níveis soroprotetores de anticorpos um mês após a primeira dose e um

mês após a terceira dose, respetivamente;); ou 0, 7, 21 dias e 12 meses (65,2% e 75% das vacinas apresentam níveis soroprotetores de anticorpos dentro de 1 e 5 semanas, respetivamente, após a terceira dose (EMA, 2020).

A vacina contra o VHB é inativada, contendo frações ou subunidades do vírus, sendo uma vacina recombinante (Calé, 2011). É produzida por tecnologia de engenharia genética, onde um gene do microrganismo é usado como antígeno para induzir resposta imunitária, sendo inserido em células (ex. leveduras) capazes de produzir grande quantidade da proteína antigénica (Calé, 2011). A vacina é obtida após purificação do antígeno produzido que minimiza a carga antigénica e maximiza a produção de imunidade (Calé, 2011).

Em Portugal esta vacina é gratuita no âmbito do PNV da DGS desde 1995, sendo realizada à nascença e havendo a possibilidade de repescagem de todas as pessoas menores de 18 anos (DGS, 2017), e para pessoas abrangidas pela Circular Normativa da DGS Nº 15/DT de 15/10/2001, onde se incluem vários grupos, considerados pela DGS como grupos em risco (DGS, 2001). A cobertura vacinal está estimada em 94% para as pessoas abrangidas pela vacinação gratuita desde 1995, que incluía nesse ano adolescentes nascidos desde 1982 (DGS, 2017).

1.3. O acesso a serviços de saúde para pessoas com vulnerabilidade

A OMS considera que vulnerabilidade é o grau em que uma população, indivíduo ou organização é incapaz de se antecipar, enfrentar, resistir e se recuperar dos impactos de desastres (WHO, 2019d). Noutro texto da OMS (WHO, 1999) é referido que vulnerabilidade é a predisposição para sofrer danos devido a eventos externos. Considera que vulnerabilidade está relacionada com suscetibilidade (exposição ao perigo), e resiliência (adaptabilidade e capacidade de recuperação), ou seja, a vulnerabilidade aumenta com o aumento da suscetibilidade e com a diminuição da resiliência. A OMS refere que são exemplo de populações vulneráveis aquelas que incluem populações rurais remotas e pobres urbanas, crianças afetadas por secas e conflitos, pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e em risco de tuberculose, pessoas com deficiências físicas, trabalhadores migrantes sem documentos e minorias de género (WHO, 2019e).

Neste sentido, será possível afirmar que as pessoas vulneráveis estão mais suscetíveis de encontrar barreiras que dificultem o seu acesso aos cuidados de saúde. Segundo a OMS, as barreiras são entendidas como os fatores que impedem a população de utilizar adequadamente um serviço de saúde, diminuindo a cobertura efetiva de um serviço de saúde, e chama a atenção para quatro tipos de barreiras ao acesso: física, financeira, informação e discriminação (WHO, 2017a).

A OMS refere que é fundamental realizar a análise das barreiras existentes e os meios para superá-los, para que exista o fortalecimento do sistema de saúde voltado para a equidade, baseado em direitos, em direção à cobertura universal de saúde (WHO, 2017a). Segundo a OMS, equidade é a ausência de diferenças evitáveis, injustas ou remediáveis entre grupos de pessoas, sejam esses grupos definidos social, economicamente, demograficamente ou geograficamente, ou por outros meios de estratificação (WHO, 2017a).

Segundo a DGS (2013a), as desigualdades em saúde “estão fortemente associadas a determinantes sociais: nível socioeconómico e educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde” (p.42), indicando que “existe um gradiente social em saúde, em que, quanto mais baixa for a posição das pessoas no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem o potencial individual de saúde” (p.42). A DGS (2013b) refere também que “a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento de um país” (p. 2).

Enquadrando o VHB, segundo a OMS (2017b), para aumentar o acesso e reduzir as iniquidades em saúde, a prestação de serviços direcionados para a hepatite e a redução de danos pode ser adaptada a populações e ambientes diferentes por meio de integração e descentralização. Os grupos vulneráveis que necessitam de medidas específicas de prevenção, testes, cuidados e tratamento incluem profissionais de saúde, pessoas que injetam drogas, povos indígenas e minorias, prisioneiros, migrantes, homens que fazem sexo com homens, pessoas co-infetadas com VIH e hepatite viral, e doadores de sangue (WHO, 2017b). A eliminação da hepatite será possível se os países seguirem uma abordagem de saúde pública que fortalece os sistemas de saúde e reduz as desigualdades, pelo que os serviços direcionados para a hepatite devem ser priorizados para as populações com maior incidência, prevalência e / ou vulnerabilidade, e adaptadas às necessidades específicas (WHO, 2017b).

2. REVISÃO DA LITERATURA

Como metodologia utilizada para realizar a Revisão da Literatura (RL) recorreu-se a uma *Scoping Review* (SR).

Segundo The Joanna Briggs Institute (2015), as *Scoping Reviews* podem ser usadas para mapear os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa, bem como esclarecer as definições de trabalho e / ou os limites conceituais de um tópico. Além de anteceder as revisões sistemáticas da literatura, as *Scoping Reviews* também podem ser conduzidas independentemente para examinar áreas amplas para identificar lacunas nas evidências, esclarecer conceitos-chave e relatar os tipos de evidências que abordam e informam a prática numa área temática (JBI, 2015). As *Scoping Reviews* podem ser usadas para mapear evidências em relação ao tempo (quando foi publicado), localização (país), fonte (revisão por pares ou literatura cinzenta) e / ou origem (saúde ou disciplina académica).

2.1. *Scoping Review*

O objetivo da SR consistiu em identificar e mapear na literatura a informação sobre a acessibilidade aos serviços de saúde de pessoas adultas vulneráveis para realizar uma imunização. A questão de investigação centrou-se na pergunta: O que diz a literatura sobre a acessibilidade de pessoas adultas vulneráveis aos serviços de saúde para realizar uma imunização? A População (P) foi definida como pessoas adultas vulneráveis; o Conceito (C) como acessibilidade e imunização; e o contexto (C) como serviços de saúde e cuidados de saúde primários.

Como plataforma de pesquisa, foi utilizada a base de dados *EbscoHost Research*, utilizando os motores de busca *Cinahl* e *Medline*, separadamente, pesquisando pelos termos naturais e indexados, verificando assim, quais os termos que mais se ajustavam à pesquisa. Esta pesquisa foi realizada entre os dias 22 e 27 de abril de 2019.

Em relação aos critérios de inclusão, esta SR incluiu estudos com os seguintes participantes: pessoas adultas vulneráveis, de qualquer género e cultura, que procuram aceder aos serviços de saúde.

Quanto aos critérios de exclusão, a SR excluiu: estudos anteriores a 2016; estudos que não se referissem a população adulta; e estudos que não fossem publicados na língua inglesa ou portuguesa.

As palavras-chave utilizadas foram: *Adult people*; *Vulnerable*; *Accessibility*; *Immunization*; *Health Care services*; *Primary Health Care*.

Quadro 1. Questão de Investigação (População, Conceito e Contexto – PCC)

População	Adult people	OR	Vulnerable
	Pessoas adultas		Vulneráveis
AND			
Conceito	Accessibility	OR	Immunization
	Acessibilidade		Imunização
AND			
Contexto	Health Care services	OR	Primary Health Care
	Serviços de saúde		Cuidados de Saúde Primários

Os conceitos relevantes para a SR foram: pessoas adultas, vulneráveis, acessibilidade, imunização, serviços de saúde e cuidados de saúde primários.

Relativamente aos tipos de estudos/fontes, esta SR considerou estudos qualitativos e quantitativos, independentemente do seu desenho ou metodologia. Os estudos quantitativos poderiam incluir estudos observacionais analíticos (correlação - *Cohort* e caso-controle) e descritivos (transversais e ecológicos) e, estudos experimentais/intervencionais e *quasi* experimentais, incluindo testes de controlo randomizado e não randomizado. Os estudos qualitativos poderiam incluir estudos etnográficos, fenomenológicos, *grounded theory*, investigação-ação e análise de discurso.

Em apêndice (Apêndice I) pode ser consultada a estratégia de pesquisa, o Print Search dos motores de busca utilizados, o respetivo *Prisma Flow Diagram* (2009), os resultados da SR e a respetiva síntese conclusiva.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Modelo de Promoção de Saúde

Segundo Pender, Murdaugh & Parsons (2015) os objetivos gerais do MPS são *“help people of all ages stay healthy, optimize health in cases of chronic disease or disability, and create healthy environments (...) in which they live, work, and play”* (p. 1).

No MPS estão presentes os conceitos de saúde, ambiente, pessoa e enfermagem, sendo que o conceito de saúde pode ser definido com foco a nível individual, na família ou na comunidade, e é vista como um estado dinâmico positivo e não meramente a ausência de doença (Pender et al, 2015). No Apêndice II é possível consultar a abordagem que Nola Pender faz sobre estes conceitos.

Este modelo fornece uma estrutura simples e clara, através do qual o enfermeiro pode prestar cuidados de forma individual ou em grupo, permitindo planejar, intervir e avaliar as suas ações (Victor, Lopes & Ximenes, 2005). Os mesmos autores referem que o MPS “é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde” (Victor et al, 2005, p. 238).

O MPS baseia-se em 7 pressupostos, que refletem as perspetivas da enfermagem e da ciência comportamental, e em 14 proposições teóricas (Pender, 2011), (Apêndice III).

Para melhor compreensão do modelo, Nola Pender desenvolveu um diagrama (Anexo I). Segundo Pender et al (2015), existem três componentes do Modelo: 1. as características e experiências individuais; 2. os conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. o comportamento de promoção da saúde desejável.

As características e experiências individuais, incluem o comportamento anterior (frequência do mesmo comportamento de saúde ou semelhante no passado) e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais) (Pender et al, 2015). Os fatores pessoais são as características gerais do indivíduo que influenciam o comportamento de saúde, como idade, estrutura de personalidade, etnia e *status* socioeconómico (Pender, 2011).

Os conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento que se quer alcançar, são compostos pelas variáveis: percebe benefícios para ação, ou seja, a percepção das consequências positivas ou reforçadoras na adoção de um comportamento de saúde; percebe barreiras para ação, ou seja a percepção dos bloqueios, obstáculos e custos pessoais na adoção de um comportamento de saúde; percebe a autoeficácia, ou seja, o julgamento da capacidade pessoal de organizar e executar um determinado comportamento de saúde (autoconfiança na realização do comportamento de saúde com sucesso); sentimentos em relação ao comportamento, ou seja, o estado subjetivo de sentimentos ou emoções que ocorrem antes, durante e após um comportamento de saúde específico; influências interpessoais, ou seja, a percepção relativa aos comportamentos, crenças ou atitudes de outras pessoas relevantes em relação ao envolvimento num comportamento específico de saúde (o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, profissionais de saúde); influências situacionais, ou seja, a percepção da compatibilidade do contexto de vida ou do ambiente com o envolvimento num comportamento de saúde específico (o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde); compromisso com o plano de ação, ou seja, é a intenção de realizar um determinado comportamento de saúde, incluindo a identificação de estratégias específicas para fazê-lo com êxito (ações que possibilitem o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem); exigências imediatas e preferências, ou seja, são os comportamentos alternativos que se intrometem na consciência como possíveis cursos de ação imediatamente antes da ocorrência pretendida de um comportamento de saúde planeado (Pender, 2011).

Os resultados do comportamento referem-se ao comportamento de promoção da saúde, resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde, ou seja, o resultado da tomada de decisão sobre a saúde (Pender, 2011).

3.2. Modelo de Promoção de Saúde e as Populações vulneráveis

As populações vulneráveis são diversos grupos de indivíduos que correm maior risco de apresentarem piores resultados de saúde quer sejam físicos, psicológicos e / ou sociais (Pender et al, 2015). A mesma autora refere que populações vulneráveis são mais propensas a desenvolver problemas de saúde,

geralmente experimentam piores resultados de saúde e têm menos recursos para melhorar suas condições (Pender et al, 2015).

Pender et al (2015) considera que os grupos vulneráveis incluem pessoas que sofrem discriminação, estigma, intolerância e subordinação, e aqueles que são politicamente marginalizados, privados de direitos e frequentemente veem negados os seus direitos humanos. A mesma autora acrescenta que as populações vulneráveis podem incluir pessoas melanodérmicas, em pobreza, imigrantes e refugiados recentes, pessoas sem-abrigo, pessoas com doença mental e pessoas com deficiência, homens que têm sexo com homens, mulheres que têm sexo com mulheres e pessoas que usam drogas (Pender et al, 2015).

O baixo *status* socioeconómico tem sido documentado como o preditor mais consistente de doença e mortes prematuras, sendo os rendimentos uma variável poderosa que explica o estado de saúde (Pender et al, 2015). Segundo Marmot, Friel, Bell, Houweling & Taylor (2008), citados por Pender et al (2015), indicam que as taxas de mortalidade de três quartos de todas as mortes observadas ao longo da vida em quase todos os países do mundo estão relacionadas com iniquidades sociais.

Para Pender et al (2015), as barreiras consistem em perceções sobre a indisponibilidade, inconveniência, despesa, dificuldade ou natureza demorada de uma determinada ação. São vistas como bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais de se assumir um determinado comportamento (Pender et al, 2015).

Segundo a International Society for Equity in Health (2000), citado por Pender et al (2015), atingir a equidade em saúde significa que todos têm a oportunidade de atingir o pleno potencial de saúde e ninguém está em desvantagem de alcançar o seu potencial por causa de diferenças sociais, demográficas ou geográficas. De acordo com Braveman (2006) e Marmot (2007), citados por Pender et al (2015), as disparidades de saúde podem ser eliminadas através da promoção da equidade na saúde, o que minimiza as disparidades evitáveis entre grupos de pessoas que têm diferentes níveis de vantagem social subjacente.

Segundo Pender et al (2015) não há nenhuma solução simples que esteja facilmente disponível para alcançar a equidade em saúde, mas os enfermeiros, como provedores da linha da frente com uma perspetiva de pessoa-ambiente, podem implementar programas culturalmente competentes individuais, familiares e comunitários para dar resposta a estas questões complexas (Pender et al, 2015).

4. METODOLOGIA DO PROJETO – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Segundo Nunes (2016), “o planeamento é um processo dinâmico na arte de decidir sobre o que fazer no presente para se conseguir chegar ao futuro desejado” (p. 16).

O Planeamento em Saúde “procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que fazem considerá-lo um processo de mudança social induzida” (Imperatori & Giraldes 1982, p.7). Tavares (1990) refere que “o Planeamento em Saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (p.37).

Desta forma, Imperatori & Giraldes (1982) definem Planeamento em Saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir objetivos fixados, em ordem à redução de problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio-económicos” (p. 6).

De acordo com Tavares (1990), as técnicas e metodologias “só são válidas e importantes enquanto entendidas como um contributo à finalidade última do sistema: promover a saúde, prevenir a doença, curar e reabilitar pessoas doentes” (p. 41), e acrescenta, citando Correia de Campos (1983), que “o Planeamento feito nos serviços de Saúde pode contribuir para a promoção de um bem, cujo custo é estimável, mas com um valor sem preço” (p. 41).

A metodologia utilizada no desenvolvimento do presente relatório de estágio de intervenção comunitária teve como base o Planeamento em Saúde, que “deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 9).

As principais etapas do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1982) são: diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; elaboração de programas e projetos; preparação da execução; e avaliação (Anexo II).

As atividades foram desenvolvidas de acordo com o cronograma em apêndice (Apêndice IV).

4.1. Diagnóstico de Situação

Para Tavares (1990) diagnóstico da situação “é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população beneficiária” (p.51). Segundo Imperatori & Giraldes (1982) “a concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou atividades” (p. 13), e acrescentam que “só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação” (p. 13).

Para a realização do diagnóstico de situação foi desenvolvido um estudo transversal descritivo. Para Vilelas (2017), os estudos transversais são “efetuados numa população para medir a prevalência de uma exposição a um determinado estímulo e/ou resultado num ponto específico do tempo” (p. 189), ou seja, é como se estivéssemos a observar uma “fotografia” da população num determinado momento (Gordis, 2014). Os estudos transversais são descritivos “quando descrevem simplesmente a frequência de uma exposição ou de um resultado numa população definida” (Vilelas, 2017, p. 190). Recorreu-se à aplicação de instrumentos de colheita de dados, com o objetivo de contextualizar a população alvo e identificar as barreiras para a não realização da vacina contra o VHB. Na sequência dos achados foi delineada uma estratégia de intervenção para os participantes do estudo.

4.1.1. Contextualização do local de intervenção

Este estágio decorreu no GAT, fundado em 2001, sendo uma organização não-governamental, sem fins lucrativos registada como IPSS com o nº 11/04 no Livro n 2º das Instituições com Fins de Saúde, e sede em Lisboa (GAT, 2019). O GAT considera que, sem diagnóstico precoce, acesso universal aos tratamentos e cuidados de saúde, programas de adesão e retenção nos mesmos, não pode haver controlo das pandemias (GAT, 2019). O GAT pretende conseguir acesso rápido aos produtos médicos, testes, meios de diagnóstico que previnam ou tratem a infeção pelo VIH, hepatites b e c, e sífilis, ou melhorem a qualidade de vida das pessoas que vivem ou são especialmente vulneráveis à infeção por estas doenças (pessoas que usam drogas, migrantes, homens que têm sexo com homens, trans e trabalhadores do sexo), (GAT, 2019).

Tem quatro (4) unidades de saúde de base comunitária: In-Mouraria, situado na Mouraria e especialmente dirigido a pessoas que usam drogas; Espaço

Intendente, situado no Intendente e especialmente dirigido a trabalhadores do sexo, população migrante e pessoas trans; CheckpointLX, situado perto do jardim do Príncipe Real e especialmente dirigido a homens que têm sexo com homens; Move-se, uma unidade móvel que percorre várias zonas da península de Setúbal e especialmente dirigido a trabalhadores do sexo, pessoas que usam drogas, população migrante, pessoas trans e homens que têm sexo com homens. Esta última unidade, encaminha e referencia, sempre que necessário, os seus utentes para o Espaço Intendente.

Trabalham no GAT, pares, *advocates*, técnicos de rastreio, assistentes administrativos, técnicos de serviço social, enfermeiros, médicos e outros.

Optou-se por intervir em duas unidades do GAT, CheckpointLX e Espaço Intendente, por apresentarem as características necessárias para a realização de vacinação, relacionadas principalmente com a rede de frio. Estas características foram validadas em auditorias internas, baseadas na *checklist* utilizada pela Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central (ACES LC) para auditar os serviços de vacinação das suas unidades (Anexo III). Foram realizadas auditorias internas às 3 unidades de saúde localizadas na cidade de Lisboa (CheckpointLX, Espaço Intendente e In Mouraria). O resultado das auditorias com a indicação dos aspetos a corrigir encontra-se no Apêndice V, tendo-se excluído a unidade de saúde In Mouraria em participar no estudo por não reunir as características necessárias para a realização da vacinação. A unidade de saúde Move-se não foi incluída na auditoria por ser uma unidade móvel, o que não permite o armazenamento e conservação de vacinas.

No dia 26 de julho, no âmbito da Unidade Curricular (UC) Opção II, no 2º semestre do referido Curso de Mestrado em Enfermagem, foi apresentado o Projeto de estágio aos colaboradores do GAT (Apêndice VI).

4.1.2. Fase preparatória

Foi introduzida neste estudo uma fase preparatória, recorrendo-se à entrevista exploratória, com o objetivo de obter dados complementares junto de informadores peritos/privilegiados – colaboradores do GAT.

A entrevista “é um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um investigador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação” (Fortin, 2009, p. 375). Esta pode ser estruturada ou não estruturada, no

entanto, entre estes dois tipos de entrevista “tem lugar a entrevista semidirigida, que combina certos aspectos destas e que é das três a mais correntemente utilizada” (Fortin, 2009, p. 375), sendo um tipo de entrevista mais flexível que a entrevista dirigida. A entrevista semidirigida ou semiestruturada é utilizada “quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes” (Fortin, 2009, p. 375), fornecendo “ao respondente a ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado” (Fortin, 2009, p. 376), tendo como objetivo a compreensão do ponto de vista do respondente, e assemelhando-se “geralmente a uma conversa informal” (Fortin, 2009, p. 377).

Segundo Fortin (2009) o entrevistador deve combinar um dia com o entrevistado para realizar a entrevista. A mesma autora refere que “o local escolhido para a entrevista deve ser calmo, discreto e agradável” (Fortin, 2009, p. 378), e acrescenta que a entrevista pode ser relatada por escrito ou registada em vídeo ou áudio, sendo que “só deve fazer-se com a autorização do respondente” (Fortin, 2009, p. 379).

Como forma de obter respostas sobre as barreiras que possam estar a impedir a acessibilidade à vacinação contra o VHB, foi elaborado um guião de perguntas para realizar entrevistas exploratórias (Quivy & Campenhoudt, 2005) junto de colaboradores do GAT, tendo-se utilizado o tipo de entrevista semiestruturada. Foram realizadas um total de quatro (4) entrevistas, a quatro (4) colaboradores do GAT, uma por cada unidade de saúde do GAT. Os colaboradores selecionados foram indicados pelo enfermeiro orientador do estágio. O guião contemplou onze (11) questões, sendo sete (7) questões abertas e quatro (4) fechadas.

As entrevistas foram realizadas pelo investigador, gravadas em suporte de áudio, mediante autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas num espaço fechado, de forma a garantir a privacidade e num ambiente tranquilo. Cada entrevista apresentou uma duração de aproximadamente 15 a 20 minutos. As entrevistas foram realizadas entre dia 6 de março e 2019 e 8 de abril de 2019.

O enquadramento teórico da entrevista exploratória encontra-se no Apêndice VII, o guião da entrevista e as transcrições das entrevistas encontram-se no Apêndice VIII.

Terminadas as entrevistas, procedeu-se ao tratamento do *corpus* da análise, constituído pelas transcrições das 4 entrevistas aos colaboradores do GAT. Foi utilizada uma metodologia qualitativa, recorrendo-se à análise de conteúdo (Bardin, 2015). O enquadramento teórico da análise de conteúdo encontra-se no Apêndice IX. Esta análise é apresentada no subcapítulo da apresentação e análise dos resultados.

4.1.3. População alvo e amostra

Segundo Fortin (2009) “a população alvo é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (p. 311).

Para a população em estudo seleccionámos as pessoas que acederam aos serviços de saúde do GAT entre 1 de julho e 15 de outubro de 2019 para realizar rastreio e detetar a presença ou ausência do AgHBs, através de um teste rápido com sangue capilar, o que corresponde a um total de 379 pessoas (CheckpointLX 180 e Espaço Intendente 199).

A amostra é definida por Fortin (2009), como “uma fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo” (p. 312), e acrescenta que “deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população” (p. 312).

No que diz respeito à amostra para este estudo, e tendo em conta a limitação do período temporal para a intervenção do projeto, foram incluídas as pessoas que, da população alvo, acederam às unidades de saúde do CheckpointLX e Espaço Intendente do GAT para realizar rastreio ao AgHbs, entre 1 de julho e 15 de outubro de 2019, com critério para realizar a vacinação contra o VHB, que foram convidadas a participar no estudo e aceitaram, o que permitiu obter um total de 19 pessoas (5% da população). Excluimos todas as pessoas que não preencheram os critérios de inclusão, que se ausentaram permanentemente da área metropolitana de Lisboa, ou fosse desconhecida a sua localização.

O método de amostragem selecionado foi a amostragem não probabilística – amostragem accidental / por conveniência (Fortin, 2009). Segundo Fortin (2009) este método de seleção da amostra constituiu-se como um procedimento de seleção segundo o qual “não dá a todos os elementos da população a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra” (p. 321), e indica que “consiste em escolher

indivíduos, pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento” (Fortin, 2009, p. 321).

4.1.4. Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin (2009), o instrumento a utilizar para realizar a colheita de dados deve possibilitar a recolha da informação necessária para responder aos objetivos da investigação.

Como instrumentos de colheita de dados deste estudo foram utilizados:

- Entrevista exploratória junto de colaboradores do GAT (fase preparatória);
- Questionário junto da amostra selecionada;
- Escala de Auto-Eficácia Geral (Araújo & Moura, 2011).

Em relação ao questionário, este teve por objetivo “recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009, p. 380).

O questionário (Apêndice X) foi elaborado baseado nos pressupostos e preposições teóricas do MPS de Nola Pender. Este questionário, enquadrado no MPS, pretendeu dar resposta às barreiras para a ação, que impedem a população alvo de aceder à vacina contra o VHB.

Para a validação deste questionário procedeu-se à aplicação de um pré-teste, aplicado a utentes com características semelhantes à população alvo, procedendo-se às alterações necessárias para melhorar o instrumento, no sentido de o tornar mais perceptível aos utentes. Segundo Fortin (2009), “o pré-teste (...) consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo” (p. 386), permitindo “descobrir os defeitos do questionário e fazer as correcções que se impõem” (Fortin, 2009, p. 386).

Recorreu-se ainda a uma escala de autoeficácia complementar ao questionário para dar resposta ao componente do diagrama do MPS sobre a autoeficácia. Decidimos desta forma aplicar junto da amostra a Escala de Auto-Eficácia Geral (Anexo IV) de Araújo & Moura (2011), e obter resposta a todos os componentes do MPS para que o Diagnóstico de Situação fosse completo perspetiva deste modelo de enfermagem.

A Escala de Auto-Eficácia Geral (Araújo & Moura, 2011), “permite avaliar o sentimento geral de eficácia pessoal para lidar adequadamente perante um conjunto

alargado de situações” (p. 96), para avaliar a perceção que as pessoas deste estudo têm sobre as suas próprias capacidades para aceder aos serviços de saúde para a realização da vacina contra o VHB.

Segundo Pender et al (2015), a autoeficácia influencia as barreiras percebidas à ação, com maior eficácia resultando em menor perceção das barreiras, ou seja, é expectável que quanto maior a autoeficácia, menor o número de barreiras reportadas.

Este instrumento de colheita de dados é constituído por 6 partes:

1. Caracterização (perguntas 2 a 10);
2. Conhecimentos sobre a doença da hepatite b (perguntas 11 a 22);
3. Conhecimento sobre vacinas (perguntas 23 a 30);
4. Barreiras para a ação (perguntas 31 e 32);
5. Escala de Auto-Eficácia Geral;
6. Comportamento (perguntas 33 a 36).

O questionário e escala foram entregues pessoalmente e preenchidos pelos colaboradores do GAT ou pelos participantes, após breve nota introdutória aos mesmos.

O quadro síntese com a ancoragem das perguntas do questionário e escala às dimensões do MPS encontra-se no Apêndice XI. O quadro síntese com a ancoragem dos Itens de resposta do questionário por categoria de barreiras (Bloqueios Mentais, Obstáculos e Custos Pessoais) de acordo com Pender et al (2015) encontra-se no Apêndice XII.

Através dos dados recolhidos com os 2 instrumentos utilizados foi possível identificar as necessidades, estabelecer objetivos e estratégias e planear as atividades para a operacionalização deste estudo de intervenção comunitária.

4.1.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

A prática de enfermagem está associada ao respeito pela pessoa que cuida em todas as suas dimensões. Ao longo deste projeto foram realizadas todas as atividades para o diligente cumprimento dos princípios éticos e deontológicos referidos na Convenção de Oviedo (1997), no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), e na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013), pela defesa da saúde, da autodeterminação, da integridade, da privacidade, da confidencialidade e da dignidade.

Tanto a confidencialidade como a privacidade foram garantidas pelo anonimato. Os dados que foram recolhidos pela aplicação dos instrumentos de colheita de dados destinaram-se apenas para a realização do diagnóstico da situação, não foram nem serão cedidos a terceiros e os resultados foram e serão utilizados apenas para fins académicos.

As entrevistas foram realizadas num ambiente informal e com privacidade, identificamos as entrevistas e os entrevistados com a atribuição de um código e foram eliminadas as informações sensíveis da transcrição.

Para o preenchimento dos questionários o participante foi identificado por um código numérico e sem associação a qualquer dado pessoal de forma a não permitir a identificação da pessoa responsável pelos dados. Os questionários obtidos foram arquivados num armário em cada uma das unidades de saúde onde decorreu a intervenção e após a finalização deste estudo foram destruídos na presença do enfermeiro orientador.

A participação dos elementos da amostra no estudo foi voluntária e foi garantido o consentimento informado, esclarecido e livre. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, da confidencialidade das respostas e dos benefícios esperados. Foi garantida a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo sem que essa decisão os pudesse prejudicar. O consentimento informado (Apêndice XIII) foi realizado por escrito e nele foi reconhecido o compromisso entre as partes. O consentimento informado foi feito em duplicado, para permitir que uma via ficasse com o investigador e outra com o participante. Foi também pedida autorização escrita para as contatar no âmbito do estudo no sentido de as apoiar na superação das barreiras reportadas, para poderem completar o esquema vacinal contra o VHB.

Para darmos início ao estudo foi necessário obter um conjunto de autorizações que pudessem garantir o cumprimento de todos os pressupostos ético-legais. Neste sentido, foi solicitada autorização à direção do GAT, para o desenvolvimento do estudo, implementação da intervenção, divulgação dos dados e resultados para fins académicos e o uso do nome GAT. O pedido foi deferido, pelo Sr. Diretor Executivo do GAT, Ricardo Fernandes (Anexo V).

Em relação à aplicação da Escala de Auto-Eficácia Geral (Araújo & Moura, 2011) foi realizado o devido pedido de autorização. Deste pedido resultou um parecer favorável (Apêndice XIV).

4.1.6. Tratamento e análise de dados

A nível do tratamento e análise dos dados recorreu-se:

- À Análise de conteúdo (Bardin, 2011), para os dados recolhidos nas entrevistas aos 4 colaboradores do GAT, na fase preparatória. A unidade de registo foi o tema, a unidade de contexto foi a resposta ao tema, e a unidade de enumeração foi a frequência da resposta ao tema. Procedeu-se à elaboração de um quadro de categorização que apresenta a informação referida (Apêndice XV). Realizou-se a análise de conteúdo apenas das categorias “*barreiras à vacinação*” e “*acessibilidade à vacinação*” por serem o foco deste estudo para facilitar a compreensão dos resultados alcançados, excluindo-se as restantes categorias;

- À estatística descritiva, com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) for Windows*, versão 25.0, para os dados recolhidos com a aplicação do questionário e da escala de Auto-Eficácia Geral (Araújo, & Moura, 2011). Para a autoeficácia, consideramos 4 níveis: 1 (Baixa), 2 (Média), 3 (Alta), 4 (Máxima). Quanto à variável sociodemográfica profissão recorreu-se à Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011).

4.1.7. Apresentação e análise de resultados

Apresentação e análise dos resultados da fase preparatória

Quanto à caracterização das quatro pessoas entrevistadas, todos colaboradores do GAT (um por cada unidade de saúde do GAT), três eram do sexo feminino e uma do sexo masculino. Aquando da entrevista tinham idades compreendidas entre os 22 e os 48 anos de idade. Relativamente às habilitações literárias, três dos entrevistados têm Licenciatura em Enfermagem, sendo que um destes têm ainda um Mestrado em Psicologia Social da Saúde, e um dos entrevistados encontra-se a frequentar o ensino superior. No que diz respeito ao exercício profissional no GAT, a experiência profissional de cada um no GAT varia entre 1 e 7 anos. A diversidade de características nos entrevistados permitiu-nos acesso a uma maior variedade de conhecimentos e experiências nas entrevistas.

Categoria: Barreiras à vacinação

A categoria “*Barreiras à vacinação*” engloba cinco subcategorias: (a) “medo de ser repatriado/a” (n=1); (b) “falta de conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde” (n=1); (c) “falta de tempo para ir/permanecer no centro de saúde” (n=2); (d) “medo de ser reconhecido no centro de saúde pela sua condição de vulnerabilidade” (n=1); (e) “poucos recursos económicos” (n=1).

Na generalidade, os entrevistados apresentaram uma perceção diversificada de barreiras à vacinação.

Estes temas correspondem a barreiras à ação segundo Pender et al (2015). Esta autora refere que as barreiras consistem em perceções sobre a indisponibilidade, inconveniência, despesa, dificuldades ou natureza demorada de uma determinada ação. Estas barreiras dividem-se em bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais em assumir determinado comportamento (Pender et al 2015). Os colaboradores do GAT reportaram temas que se inserem nas barreiras à ação do tipo bloqueio mental – (a) e (d) – do tipo obstáculos – (b) e (c) – do tipo custos pessoais – (e).

Categoria: Acessibilidade à vacinação

A categoria “*Acessibilidade à vacinação*” originou apenas uma subcategoria: “ter a vacina disponível nas unidades do GAT” (n= 3).

Para esta categoria a informação prestada foi unânime (para os respondentes), apresentando como resposta às barreiras, e facilitador na acessibilidade à vacinação, a disponibilidade da vacina nas unidades do GAT.

Para Pender et al (2015) as barreiras na saúde podem ser eliminadas através da promoção da equidade, o que minimiza as disparidades evitáveis entre grupos de pessoas que têm diferentes níveis de vantagem social subjacente.

Refletindo sobre os dados obtidos dos entrevistados, relativamente às categorias selecionadas para realizar análise de conteúdo, foi possível concluir que cada um dos colaboradores apresenta uma perceção diferente do que são as barreiras à vacinação.

A análise sugere que o local (centros de saúde) é o foco das barreiras à ação. Estas barreiras viriam a ser confirmadas com pessoas que procuram iniciar a vacinação contra o VHB após rastreio no GAT, através da aplicação do questionário.

Com esta informação foi considerada uma parceria entre o ACES LC & GAT, para aumentar o acesso à vacina contra o VHB em local com maior aceitabilidade (nos centros do GAT).

Apresentação e análise dos resultados da amostra selecionada

Os resultados do questionário aplicado junto da amostra selecionada estão apresentados nos Quadros 2. e 3., fazendo a ligação dos resultados com o diagrama do MPS de Nola Pender et al (2015), que se referem respetivamente às dimensões “Características e experiências individuais” e “Conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento” (Pender et al, 2015).

Quadro 2. Caracterização das características e experiências individuais

Fatores pessoais	<ul style="list-style-type: none"> - A amostra é composta por 15 pessoas do sexo masculino (78,9%) e por 4 pessoas do sexo feminino (21,1%). - No que diz respeito à classe etária, 4 participantes pertencem à faixa etária dos 18 aos 25 anos (21,1%), 5 à dos 26-35 anos (26,3%), 5 têm idades compreendidas entre os 36 e os 45 anos de idade (26,3%) e 5 participantes apresentaram mais de 45 anos de idade (26,3%). A idade mínima é de 23 anos e a idade máxima é de 58 anos de idade. A média de idades corresponde a 38,5 anos e a mediana corresponde a 37 anos de idade. - Em relação ao estado civil, 73,7% referiram ser solteiros, 15,8% casados e 10,5% divorciados. - Quanto à escolaridade, 52,6% estudaram 12 anos ou menos (escolaridade obrigatória) e 47,4% estudaram mais do que a escolaridade obrigatória. - Relativamente à profissão, e de acordo com a Classificação Portuguesa de Profissões (CPP) verificamos que: Especialistas das atividades intelectuais e científicas (31,6%); Técnicos e profissões de nível intermédio (15,8%); Pessoal administrativo (5,3%); Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (5,3%); Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (5,3%); Sexo comercial (26,3%); Não respondeu (10,5%). - No que diz respeito à naturalidade, 36,8% nasceram em Portugal, 5,3% nasceram num país europeu (exceto Portugal), 47,4% nasceram no Brasil e 10,5% nasceram na América Latina (exceto Brasil). - Em relação à nacionalidade, 42,1% têm nacionalidade portuguesa, 10,5% têm nacionalidade de um país europeu (exceto portuguesa), 47,4% têm nacionalidade brasileira e 0% referiu ter nacionalidade de um país da América latina. - Quanto aos anos que vive em Portugal (entre os nascidos fora de Portugal), 75% vive há 1 ou mais anos em Portugal e 25% há menos de 1 ano.
Comportamento anterior relacionado	<ul style="list-style-type: none"> - A totalidade da amostra (100%) acedeu aos serviços de saúde do GAT para realizar rastreio ao AgHBs. Quanto à localização do rastreio, 73,7% dos participantes acedeu ao CheckpointLX e 26,7% ao Espaço Intendente. - A totalidade dos participantes (100%) referiu nunca ter desenvolvido a doença da hepatite B. - 84,2% referiu não conhecer alguém que já tenha desenvolvido a doença e 15,8% referiu conhecer alguém que já tenha desenvolvido a doença. - Quanto à pergunta se alguma vez teve de tomar precauções para evitar a doença da hepatite B, 94,7% referiu que não e 5,3% referiu que sim.

A amostra é constituída por um total de 19 pessoas rastreadas para o AgHBs que preencheram os requisitos supracitados.

Quanto à localização do rastreio, 73,7% dos participantes acedeu ao CheckpointLX (n=14) e 26,3% ao Espaço Intendente (n=5).

Da aplicação do questionário sociodemográfico, obtiveram-se 15 participantes do sexo masculino (78,9%) e 4 participantes do sexo feminino (21,1%), com uma mediana de 37 anos de idade (desvio padrão de 11,271), com uma idade mínima de 23 anos e uma idade máxima de 58 anos. Quanto ao estado civil 14 dos participantes (73,7%) são solteiros. Relativamente ao nível de escolaridade, 52,6% estudaram 12 anos ou menos (escolaridade obrigatória) e 47,4% estudaram mais do que a escolaridade obrigatória. No que diz respeito à profissão, e de acordo com a Classificação Portuguesa de Profissões (CPP), verificamos que “Especialistas das atividades intelectuais e científicas” (31,5%), foi o grupo de profissões mais indicado. Em relação à nacionalidade, 12 são nascidos fora de Portugal (63,2%). Entre os nascidos fora de Portugal (n=12), 9 residem em Portugal há mais de 12 meses (75%). A totalidade dos participantes referiu nunca ter desenvolvido a doença da hepatite B, maioritariamente não conhecer alguém que já tivesse desenvolvido a doença (84,2%) e não ter tomado precauções para evitar a doença da hepatite B (94,7%).

Estes dados foram disponibilizados pelo *software SPSS® for Windows*, versão 25.0, e encontram-se no apêndice XVI.

Quadro 3. Caracterização dos conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento

Benefícios Percebidos da Ação	<p>- 94,7% considera a administração de vacinas um método eficaz e 5,3% considera que não sabe.</p> <p>- 100% considera a administração de vacinas um método seguro.</p>
Barreiras percebidas à ação	<p>100% dos inquiridos identificou barreiras para a ação.</p> <p>- Quanto às barreiras identificadas para aceder à vacina contra a hepatite B, foi referido que 58,2% eram bloqueios mentais, 14,5% eram obstáculos e 27,3% eram custos pessoais.</p> <p>- Relativamente à pergunta “Que outros motivos considera serem dificultadores no acesso à vacina contra a hepatite B?”, foi referido que 77,8% eram bloqueios mentais, 22,2% obstáculos e 0% eram custos pessoais.</p> <p>No global (das duas perguntas), as barreiras identificadas para a ação foram de 61% para os bloqueios mentais, 15,6% para os obstáculos e de 23,4% para os custos pessoais (Apêndice XVII).</p>
Auto-eficácia percebida	<p>Pontuação da Escala de Auto-Eficácia Geral: Mediana 1 (Baixa autoeficácia percebida) 0%, Mediana 2 (Média autoeficácia percebida) 0%, Mediana 3 (Alta autoeficácia percebida) 57,9%, e Mediana 4 (Máxima autoeficácia percebida) 42,1%.</p>

Sentimentos em relação ao comportamento	<p>- 94,7% referiu que recomendaria a vacinação a outras pessoas não vacinadas que lhe são próximas e 5,3% referiu que não recomendaria.</p> <p>- Dos respondentes, 14 participantes justificaram a resposta à pergunta anterior, pelo que 78,6% referiu por proteção/prevenção, 7,1% referiu porque está no PNV, 7,1% pela saúde e 7,1% respondeu que não recomendaria, porque o assunto não é abordado por ninguém.</p>
Influências Interpessoais	<p>- Para a pergunta se "Foi contactada/o por algum serviço de saúde para o informar sobre a vacina anti hepatite B nos últimos 3 anos?", 89,5% respondeu que não e 10,5% respondeu que sim.</p> <p>- Dos que responderam afirmativamente, referiram que foram informados por enfermeiro (50%) e técnico de rastreio (50%).</p> <p>- Todos referiram que a informação foi transmitida de forma individual (100%).</p> <p>- Um dos respondentes (50%) classifica os meios usados pouco adequados e o outro (50%) como muito adequados.</p>
Influências Situacionais	<p>- No que diz respeito ao conhecimento sobre a doença da hepatite B, 68,4% referiu ter conhecimento e 31,6% referiu que não sabe o que é.</p> <p>- Quanto aos sinais/sintomas da doença da hepatite B, 21,1% referiu conhecer e 78,9% referiu que não conhece.</p> <p>- Dos respondentes, os sinais/sintomas assinalados foram náuseas 30,8%, olhos vermelhos 15,4%, dores de estomago 30,8%, febre 15,4% e tonturas 7,7%. Destes, 25% respondeu corretamente à pergunta sobre conhecimento de sinais/sintomas, o que significa que 94,7% dos participantes não conhece os sinais/sintomas da doença.</p> <p>- Relativamente ao conhecimento sobre as vias de transmissão da doença, 52,6% responderam que conhecem e 47,4% responderam que não conhecem.</p> <p>- Dos respondentes, os meios de transmissão assinalados foram espirros 10,5%, via sexual 47,4%, comida 5,3% e sangue 36,8%. Destes, 70% respondeu corretamente à pergunta sobre o conhecimento em relação às vias de transmissão da doença, o que significa que 63,2% dos participantes não conhece as vias de transmissão da doença.</p> <p>- Em relação ao conhecimento sobre as complicações da doença, 26,3% referiu que conhece e 73,7% referiu que não conhece.</p> <p>- Dos respondentes, as complicações assinaladas foram cirrose hepática 71,4% e cancro do fígado 28,6%. Destes, 40% respondeu corretamente à pergunta sobre complicações da doença, o que significa que 89,5% dos participantes não conhece as complicações da doença.</p> <p>- Para a pergunta "Considera a hepatite B uma doença grave?" foi referido que sim por 94,7% dos inquiridos e "não sei" por 5,3% dos respondentes.</p> <p>- No que diz respeito ao conhecimento sobre o risco de morte da doença, 89,5% respondeu que sim e 10,5% respondeu não saber.</p> <p>- Quando inquiridos sobre a pergunta "Já ouviu falar da vacina VHB (vacina anti hepatite B)?", 84,2% respondeu que sim e 15,8% respondeu que não.</p> <p>- Relativamente ao conhecimento sobre a possibilidade de administração da vacina tanto a crianças como a adultos, 68,4% respondeu que sim e 31,6% respondeu não saber.</p> <p>- Em relação ao conhecimento sobre o seu estado vacinal contra a hepatite B, 57,9% referiu não estar vacinado e 42,1% desconhece o seu estado vacinal.</p>

Na aplicação do questionário baseado nos pressupostos e preposições teóricas do Modelo de Promoção de Saúde de Pender et al (2015), constatou-se que todos os participantes referiram barreiras à vacinação. Estes temas correspondem a barreiras à ação segundo Pender et al (2015), tal como as barreiras identificadas na fase preparatória (bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais em assumir determinado comportamento). Para a análise dos dados considerámos os bloqueios mentais referidos por Pender et al (2015) como barreiras internas (que dizem

respeito ao próprio), os obstáculos como barreiras externas (que não dependem do próprio) e custos pessoais como barreiras que interferem com perdas que impliquem o próprio (financeiras, materiais ou outras). Os itens de resposta foram agrupados por categorias de barreiras de acordo com Pender et al (2015) e podem ser consultados no apêndice XII.

As pessoas reportaram temas que se inserem nos três tipos de barreiras à ação indicados por Pender et al (2015), sendo referido maioritariamente os bloqueios mentais (61%) como barreiras à ação (Apêndice XVII). Contudo, a maioria reportou sentimentos favoráveis em relação à vacinação contra hepatite B, pelo que recomendariam a vacinação a outras pessoas não vacinadas que lhe são próximas (94,7%), principalmente por motivos relacionados com a proteção/prevenção (78,6%), e todos os participantes aceitariam vacinar-se no momento de rastreio se a vacina estivesse disponível, ou seja, toda a amostra mostrou-se favorável para um compromisso com um plano de ação. Segundo Pender et al (2015), o comprometimento com um plano de ação inicia um evento comportamental, e leva o indivíduo a agir, a menos que exista uma exigência concorrente que não possa ser evitada ou uma preferência concorrente que não seja resistida. A maioria considera a vacina um método eficaz (94,7%) e todos consideram a vacina um método seguro.

Entre os participantes, 89,5% validaram não ter sido contactados nos últimos 3 anos por serviços públicos de vacinação a fim de se vacinar.

Constatou-se ainda uma falta de conhecimento sobre a doença: 94,7%, desconhecimento sobre os sinais/sintomas da doença, 63,2% desconhecimento sobre as vias de transmissão da doença e 89,5% dos participantes desconhece as complicações da doença.

Para a autoeficácia percebida, segundo Pender et al (2015), esta influencia as barreiras percebidas à ação, pelo que uma maior eficácia resulta em menor perceção das barreiras, ou seja, é expectável que quanto maior a autoeficácia, menor o número de barreiras reportadas. Segundo Pender et al (2015) autoeficácia é ter a perceção de que se têm capacidades, habilidades e competências de organizar e executar uma determinada ação. Sentir-se eficaz e habilidoso provavelmente encorajará alguém a se envolver no comportamento alvo com mais frequência do que se sentir inapto e não qualificado (Pender et al, 2015).

Para Pender et al (2015), a autoeficácia percebida é um julgamento das habilidades de alguém para atingir um certo nível de desempenho. Neste sentido, os

resultados obtidos da escala de Auto-Eficácia Geral (Araújo & Moura, 2011) foram classificados por níveis. Os quatro níveis correspondem à mediana obtida na Escala de Auto-Eficácia Geral. À maior mediana corresponde o maior nível de autoeficácia.

Quadro 4. Resultados da aplicação da Escala de Auto-Eficácia Geral

Nível de autoeficácia	Número de participantes	Percentagem (%)
Mediana 1 (Baixa)	0	0
Mediana 2 (Média)	0	0
Mediana 3 (Alta)	11	57,9
Mediana 4 (Máxima)	8	42,1

Através da aplicação da escala verificou-se que o nível de autoeficácia dos participantes situou-se no nível 3 (57,9%) ou no nível 4 (42,1%), ou seja, os participantes consideram que têm uma autoeficácia Alta ou Máxima. Apesar dos participantes terem autoeficácia geral alta a máxima, o número de barreiras reportado e o desconhecimento sobre a infeção por VHB são elevados.

Quadro 5. Mediana de barreiras reportadas por participante e por nível de Autoeficácia

Nível de autoeficácia	Número de participantes	Total de barreiras reportadas	Mediana de Barreiras reportadas por participante
Mediana 3 (Alta)	11	45	4
Mediana 4 (Máxima)	8	19	2

A mediana das barreiras reportadas por participante com nível 3 é o dobro da mediana das barreiras reportadas por participante com nível 4 (4 versus 2 barreiras reportadas por participante), estando em consonância com Pender et al (2015) dado que a autora considera que autoeficácia é a percepção pessoal de que se tem capacidades, habilidades e competências de organizar e executar uma determinada ação, ou seja, os participantes com maior autoeficácia (nível 4) terão maior facilidade em ultrapassar barreiras para a ação comparativamente com outras pessoas que apresentem uma autoeficácia mais baixa.

Quadro 6. Relação entre as categorias das barreiras (Pender et al, 2015) e o nível de autoeficácia percebida.

Nível de autoeficácia	Bloqueios Mentais	Obstáculos	Custos pessoais
Mediana 3 (Alta)	61,5%	15,4%	23,1%
Mediana 4 (Máxima)	41,7%	16,6%	41,7%

Entre os participantes com nível 3 de autoeficácia, a proporção de barreiras do tipo bloqueios mentais reportadas é superior à da amostra total (61,5% versus 61%).

É perceptível que uma menor autoeficácia percebida (nível 3) tem uma interferência maior na categoria de barreiras do tipo bloqueios mentais (barreiras internas), ou seja, as barreiras internas (que dependem do próprio) foram mais dominantes quanto menor a autoeficácia percebida.

Estes dados podem ajudar a concluir que havendo um aumento da autoeficácia, as pessoas terão provavelmente maiores capacidades, habilidades e competências de organizar e executar uma determinada ação (Pender et al, 2015) para ultrapassar barreiras internas (que dizem respeito ao próprio – do tipo bloqueios mentais), mas fazendo emergir as barreiras externas (que não dependem do próprio – do tipo obstáculos) e as barreiras que interferem com perdas que impliquem o próprio (financeiras, materiais ou outras – do tipo custos pessoais) justificado por 58,3% dos inquiridos (Obstáculos e Custos pessoais) que referiram ter uma autoeficácia Máxima (nível 4).

Os dados referentes aos Quadros 3, 4, 5 e 6, foram disponibilizados pelo *software* SPSS® for Windows, versão 25.0, para os dados recolhidos, e encontram-se no Apêndice XVIII.

A análise destes dados permitiu conhecer a realidade de uma população com vulnerabilidade acrescida (WHO, 2019b) para a proteção específica da doença da hepatite b. Os resultados obtidos permitem identificar as barreiras existentes que condicionaram a acessibilidade aos cuidados de saúde, corroborados pela literatura, tal como refere Pender et al (2015). Ainda foi possível perceber a perceção dos participantes em relação à sua autoeficácia.

À semelhança das conclusões obtidas na fase preparatória, estes resultados também sugerem que o local (CSL) é o foco das barreiras à ação.

Problemas Identificados

Com estes resultados foi possível identificar dois problemas:

- Falta de conhecimentos sobre a doença da hepatite b;
- Barreiras para a ação: correspondem às barreiras identificadas por Pender et al (2015) – Bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais.

Diagnósticos de enfermagem

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016) “a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) fornece uma linguagem comum para que os enfermeiros possam descrever o que observam e registar o que fazem” (p. 225). A mesma fonte refere que “o uso de uma linguagem comum como a CIPE é importante, pois permite que enfermeiros de diferentes regiões e países possam comparar a prática de Enfermagem e partilhar informações sobre a prestação de cuidados e ganhos em saúde” (p. 225).

No Quadro 7 encontram-se os diagnósticos de enfermagem, de acordo com o modelo teórico de Pender et al (2015) que suportou o projeto e os correlativos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015 (OE, 2016).

Quadro 7. Enunciados dos diagnósticos de enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem – CIPE versão 2015 (OE, 2016)	Dados
Falta de conhecimento sobre a doença (código 10021994, p. 161)	<ul style="list-style-type: none"> • 94,7% dos participantes não conhece os sinais/sintomas da doença. • 89,5% dos participantes não conhece as complicações da doença. • 63,2% dos participantes não conhece as vias de transmissão da doença.
Barreiras à adesão (código 10024768, p. 42)	<ul style="list-style-type: none"> • 100% dos inquiridos identificou barreiras para a ação. • 61% das barreiras identificadas pelos inquiridos eram bloqueios mentais (Pender et al, 2015). • Indivíduos que apresentaram uma autoeficácia percebida menor referiram que as barreiras são maioritariamente de origem interna (bloqueios mentais em 61,5% das respostas).

A utilização da CIPE (OE, 2016) deveu-se à maior familiarização da taxonomia por parte dos autores.

4.2. Determinação de prioridades

A determinação de prioridades corresponde à segunda etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde, onde ocorre a priorização dos problemas de saúde identificados. Segundo Imperatori & Giraldes (1993) esta etapa é “condicionada pela etapa anterior: o diagnóstico da situação, e determinará a seguinte: a fixação de objetivos” (p. 29). A determinação de prioridades trata-se “na sua essência, de um processo de tomada de decisão” (Tavares, 1990, p. 83), através da “utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir (...), procurando saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar” (Tavares, 1990, p. 83). O mesmo autor refere que é necessário ter por base critérios que devem ser tão objetivos quanto possível (Tavares, 1990). Esta etapa tem um carácter subjetivo, pois depende “das preferências e da experiência do próprio planificador” (Tavares, 1990, p. 83), pelo que “convém que exista um grupo extenso e multidisciplinar a debruçar-se sobre esta determinação” (Tavares, 1990, p. 83). Para Nunes (2016), existem dois aspetos importantes na hierarquização das prioridades: “são a percepção que a comunidade tem de determinado problema de saúde e a aceitação ou não das actividades ou terapêuticas propostas para a resolução desse ou outro problema” (p.34). Neste sentido, “existindo um problema de saúde que não seja sentido pela comunidade (...) o planeamento poderá ser um fracasso” (Nunes, 2016, p. 34). Desta forma, foi apresentado o diagnóstico de situação deste estudo junto dos elementos da equipa multidisciplinar das unidades de saúde do GAT envolvidas, para que pudessem contribuir para a hierarquização dos problemas identificados, por estes estarem próximos dos participantes em estudo (Apêndice XIX).

Conforme o Quadro 7 (Enunciados dos diagnósticos de enfermagem), ambos os diagnósticos de enfermagem apresentam mais do que um fator causal, que correspondem a potenciais campos de intervenção. Os fatores causais foram ordenados, antes da priorização, pela sua magnitude e convertidos à mesma forma de medição para comparação (percentagem).

Para a hierarquização dos problemas de saúde identificados recorremos a uma técnica, a grelha de análise, de Pineault e Daveluy (1986) referida por Tavares (1990). Esta técnica “apresenta como vantagem o seu carácter bastante objetivo” (Tavares, 1990, p. 90) e tem como desvantagem “o facto do primeiro critério ser muito discriminativo” (Tavares, 1990, p. 90), pois ao se atribuir uma classificação diferente entre dois problemas, “não permite que a abordagem subsequente (...), altere a recomendação, condicionada logo à partida” (Tavares, 1990, p. 90).

A determinação de prioridades na grelha de análise é realizada com base em quatro critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(s) fatores(s) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e a exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990).

Recorrendo à grelha de análise (Anexo VI), “atribui-se sucessivamente uma classificação mais (+) ou menos (-), de forma sequencial, aos critérios acima enunciados. No final, obtém-se o resultado a partir dos valores já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima” (Tavares, 1990, p. 88), e 16 à prioridade mínima.

No Quadro 8 encontra-se a análise feita para os dois problemas de saúde identificados. Problema A: Falta de conhecimento sobre a doença e Problema B: Barreiras à adesão.

Quadro 8. Análise feita para a seleção dos dois problemas de saúde identificados

Diagnósticos de Enfermagem	Critérios				Recomendação
	Importância do problema	Relação problema/fator de risco	Capacidade técnica de intervir	Exequibilidade	
Problema A	+	+	+	-	2
Problema B	+	+	+	+	1

A falta de conhecimento sobre a doença (Problema A) obteve um nível de recomendação de 2 (+++-) e as barreiras à adesão (Problema B) uma recomendação de 1 (++++).

Para ancorar a aplicação da técnica da grelha de análise ao estudo, foi tido em conta o referencial de enfermagem de suporte, Modelo de Promoção da Saúde,

com o objetivo de que a tomada de decisão fosse adequada aos problemas identificados.

A necessidade de intervir ao nível das barreiras percebidas para a ação, tendo em conta o compromisso com o plano de ação (100% dos participantes manifestaram vontade de ser vacinados), e como benefício para a adesão ao comportamento de promoção de saúde de forma eficaz, a grelha de análise permite selecionar o problema B por ter obtido o resultado de recomendação 1, ou seja, prioridade máxima.

O problema B, “Barreiras à adesão”, é um problema de saúde a alterar. Segundo o modelo de Promoção da Saúde de Pender et al (2015), as pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios como é o caso da vacinação.

O problema A evidencia a importância da promoção da saúde de forma a melhorar conhecimentos relativamente à doença de hepatite B, no entanto não foi selecionado como prioritário para intervenção por lhe ter sido atribuído classificação menos (-) no critério Exequibilidade, obtendo uma recomendação de 2. À exequibilidade deste problema foi atribuída uma classificação menos (-), devido à limitação do tempo disponível para a sua execução. Assim optou-se por não intervir neste problema.

4.3. Fixação de objetivos

Depois da determinação de prioridades, procede-se à fixação de objetivos, a terceira fase de planeamento em saúde.

Segundo Imperatori (1993), citado por Nunes (2016), “o objectivo é, assim, o enunciado do resultado desejável do problema, alterando em princípio, a tendência da sua evolução” (p. 36).

Segundo Tavares (1990), “não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem alcançados na prática” (p. 115). O mesmo autor refere que “no seu enunciado, deverão estar contidos os critérios com que se poderá apreciar o grau de sucesso de um projecto” (Tavares, 1990, p. 115), e acrescenta que “devem conter os elementos necessários à tomada de decisão no decurso do processo de planeamento e gestão do projecto” (Tavares, 1990, p. 115), e também

serem geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis para a população alvo.

Na sua estrutura um objetivo deverá conter algumas características: pertinência, adequando-se às situações que suscitaram a intervenção; precisão, contendo em si a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido; possibilidade de ser realizado, não sendo um objetivo demasiado ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado; e mensurabilidade, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior (Tavares, 1990).

Na formulação de um objetivo devem estar contidos cinco elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população alvo do projeto; a zona de aplicação do projeto; e o tempo em que deverá ser atingido (Tavares, 1990).

Segundo Imperatori & Giraldes (1982) existe a “necessidade de passar de objectivos muito agregados a objectivos mais específicos (...) levando-nos a introduzir a noção de objectivo operacional ou meta” (p. 47), que o definem como sendo o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 48). Para Tavares (1990), os objectivos operacionais ou metas referem-se “às atividades e aos resultados pretendidos com a sua execução” (p. 119).

Neste sentido, o objetivo geral fixado é, “Contribuir para diminuir as barreiras de adesão, por pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b, entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020”.

Quanto aos objetivos específicos são:

- Aumentar em 100% o acesso à primeira dose de vacina contra o vírus da hepatite b, nas pessoas incluídas na amostra no estudo, até janeiro 2020;
- Aumentar em 90% o acesso à segunda dose de vacina contra o vírus da hepatite b, nas pessoas incluídas na amostra no estudo, até fevereiro de 2020;
- Diminuir em 10% as barreiras à primeira dose de vacina contra o vírus da hepatite b, nas pessoas incluídas na amostra no estudo, que queiram vacinar-se no centro de saúde de referência, até fevereiro de 2020.

Para Tavares (1990) “um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (p. 120). O mesmo autor refere que “no âmbito do planeamento de projectos em Saúde são de considerar dois principais tipos de indicadores” (Tavares, 1990, p. 120): indicadores de resultado ou de impacto, que medem as alterações verificadas num problema; e indicadores de atividade ou de execução que medem a atividade desenvolvida (Tavares, 1990).

No apêndice XX estão os enunciados dos indicadores de resultado (ou impacto) e os indicadores de atividade (ou execução).

4.4. Seleção das estratégias

Segundo Imperatori & Giraldes (1982), com a seleção de estratégias “pretende-se propor novas formas de atuação que permitam alcançar os objectivos fixados” (p. 65), através de um “conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas (...) reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 65).

Nesta etapa, pretende-se que exista “uma grande criatividade por parte dos planificadores” (Tavares, 1990, p. 145). Caracteriza-se pela consideração de oito etapas: estabelecer critérios para a conceção de estratégias; enumerar as modificações necessárias; esboçar estratégias potenciais; escolher as estratégias a realizar; descrever as estratégias escolhidas; estimar os custos das estratégias; avaliar a adequação dos recursos e sua previsão; e rever as estratégias e os objetivos (Tavares, 1990).

As estratégias seleccionadas, ancoradas ao Modelo de Enfermagem utilizado neste estudo, o MPS de Pender et al (2015), foram do âmbito da Promoção de Saúde, desenvolvendo atividades que permitam à amostra aceder à vacinação através da diminuição de barreiras para a ação de forma a atingir o comportamento de promoção de saúde ou o resultado final no MPS (Pender et al, 2015).

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (WHO, 1986). Para Pender et al (2015) a promoção da saúde tem três componentes: educação, prevenção e proteção da saúde. A promoção da saúde e a educação em saúde são frequentemente usadas

de forma intercambiável, e embora os termos estejam intimamente ligados, eles não são o mesmo (Pender et al, 2015). A educação em saúde concentra-se em atividades e experiências de aprendizagem para indivíduos e grupos, sendo considerada uma parte essencial da comunicação entre prestadores e clientes (Pender et al, 2015). A proteção da saúde tem sido utilizada de forma intercambiável com a promoção da saúde como controlos legais ou fiscais e outros regulamentos para melhorar a saúde e prevenir doenças (Tannahill, 2009, citado por Pender et al, 2015). Para Tannahill (2009), citado por Pender et al (2015) a definição ampliada de promoção da saúde inclui políticas para fomentar a saúde e de prevenção de doenças. É a arte e a ciência de ajudar as pessoas a mudar o estilo de vida e é considerada uma combinação de apoios educacionais e ecológicos para ações e condições de vida propícias à saúde (Pender et al, 2015). É necessária uma combinação de estratégias de promoção da saúde para abordar os múltiplos determinantes da saúde (Pender et al, 2015). Segundo Pender et al (2015), o compromisso com um plano de ação implica identificação de estratégias para obter, executar e reforçar o comportamento.

Associado ao MPS, e baseado na Dissertação de Mestrado de Rocha (2013), procurámos a ligação com o problema priorizado – Barreiras à adesão – no *Nursing Intervention Classification* (NIC) de Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner (2018) para fundamentarmos as nossas estratégias de intervenção, isto porque contrariamente à CIPE, estabelece ligações clínicas baseadas em evidência, ou seja, com este estudo pretendemos que a amostra aceda à vacinação através de estratégias de intervenção que já estão previamente aferidas com base na evidência.

Através do NIC (Bulechek et al, 2018) selecionamos duas estratégias de intervenção: “*Immunization / Vaccination Management*” (p. 221); e “*Health System Guidance*” (p. 205 e 206), que identificamos como “Estratégia A” e “Estratégia B” respetivamente. De acordo com o NIC (Bulechek et al, 2018), a Estratégia A surge definida como a monitorização do estado de vacinação, facilitando o acesso à vacinação e fornecendo vacinação para prevenir doenças transmissíveis.

Desta forma, o NIC (Bulechek et al, 2018) apresenta as seguintes sugestões de atividades de Enfermagem para a Estratégia A:

- Informar sobre a vacinação recomendada necessária, a sua via de administração, razões e benefícios para a vacinação, reações adversas e esquema vacinal;
- Proceder aos registos: data, tipo de vacinação e documentar as informações da vacina;
- Identificar técnicas de administração adequadas;
- Identificar as recomendações mais recentes sobre o uso da vacinação;
- Seguir os cinco certos de administração de medicamentos;
- Verificar o histórico clínico do paciente e o histórico de alergias;
- Administrar vacinas nos locais anatómicos adequados;
- Identificar verdadeiras contraindicações para a administração de vacinas;
- Notificar as pessoas quando a vacinação não estiver atualizada;
- Seguir as diretrizes em vigor para administração de vacinas;
- Informar que um atraso na administração de um esquema vacinal não implica reiniciar o mesmo;
- Garantir o consentimento informado para administrar a vacina;
- Identificar os fornecedores de vacinas como parceiros comunitários para fornecer vacinas gratuitas;
- Informar os indivíduos sobre medidas de conforto úteis após a administração da vacina;
- Observar o paciente por um período especificado após a administração da vacina;
- Programar a vacinação com intervalos de tempo apropriados;
- Determinar o estado da vacinação em todas as consultas clínicas e fornecer vacinação, conforme necessário;
- Defender programas e políticas que forneçam vacinação gratuita ou acessível a toda a população.

A Estratégia B, de acordo com o NIC (Bulechek et al, 2018), surge definida como o facilitar a um paciente a localização e o uso de serviços de saúde adequados. O NIC (Bulechek et al, 2018) apresenta as seguintes sugestões de atividades de Enfermagem para a Estratégia B:

- Explicar qual o serviço de saúde imediato existente, como funciona e o que o paciente pode esperar;

- Auxiliar o paciente a coordenar os cuidados de saúde e a comunicação;
- Auxiliar o paciente a escolher profissionais de saúde adequados;
- Instruir o paciente sobre que tipo de serviços esperar de cada tipo de profissional de saúde;
- Informar o paciente sobre os diferentes tipos de unidades de saúde;
- Informar o paciente sobre os recursos apropriados da comunidade e as pessoas de contato;
- Identificar e facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente, conforme apropriado;
- Solicitar serviços de outros profissionais de saúde para o paciente, conforme apropriado;
- Coordenar os encaminhamentos para os prestadores de cuidados de saúde relevantes, conforme apropriado;
- Coordenar / agendar o tempo necessário para cada serviço para prestar atendimento, conforme apropriado;
- Informar o paciente sobre o custo, tempo, alternativas e riscos envolvidos num procedimento específico;
- Fornecer instruções escritas sobre o objetivo e a localização das atividades de cuidados de saúde pretendidas, conforme apropriado;
- Identificar e facilitar as necessidades de transporte para obter serviços de saúde;
- Fornecer um contato de acompanhamento com o paciente, conforme apropriado;
- Monitorizar a adequação do acompanhamento atual dos cuidados de saúde;
- Incentivar o paciente a fazer perguntas sobre serviços para o qual é referenciado e custos associados;
- Notificar o paciente sobre compromissos agendados, conforme apropriado.

As características das estratégias de intervenção escolhidas (vantagens, inconvenientes, riscos e necessidades em recursos adicionais) encontram-se disponíveis no apêndice XXI. A descrição das “Estratégia A e B” encontra-se no apêndice XXII.

As etapas “estimar os custos das estratégias” e “avaliar a adequação dos recursos e sua previsão” não foram consideradas porque, por um lado as vacinas foram disponibilizadas pela USP do ACES LC, por outro, os restantes recursos

(humanos e materiais) foram assegurados pela instituição GAT ou pelos investigadores. Tanto a USP do ACES LC como o GAT validaram a sua viabilidade. No final, tal como descrito anteriormente, os objetivos fixados foram revistos.

4.5. Elaboração de projetos

A quinta etapa do processo de planeamento em saúde consiste na “formulação de programas e projectos” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.85). Um programa caracteriza-se por ser “um conjunto de actividades necessárias à execução de uma estratégia” (Tavares, 1990, p. 165), e um projecto “é um conjunto de actividades contribuindo para a execução de um Programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo” (Tavares, 1990, p. 165). Segundo Imperatori & Giraldes (1982) “a característica fundamental que distingue um programa de um projecto é que enquanto que o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo o projecto decorre num período de tempo bem delimitado” (p. 86).

Neste sentido, foram realizados dois projetos de intervenção: “Via Verde Vacinas” (Apêndice XXIII) e “Vacinação Sem Barreiras” (Apêndice XXIV).

Previamente à inclusão das pessoas rastreadas num destes projetos (ou ambos), foi criado um fluxograma (Apêndice XXV) que permite orientar a pessoa para vacinação, ou não, e em caso afirmativo, qual ou quais os locais a realizar a vacinação.

Quanto ao projeto “Via Verde Vacinas”, este visa disponibilizar a vacina contra a hepatite b, de forma gratuita, no imediato, no local onde se realizou o rastreio e no dia em que se rastreia, aos utilizadores do GAT que aceitaram participar neste estudo. Este projeto integra-se no âmbito do PNV da DGS (2017) onde é referido que se mantém em vigor a norma sobre a Vacinação contra hepatite B – Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001. Os objetivos e as atividades deste projeto encontram-se no apêndice XXIII, bem como o respetivo fluxograma.

No sentido de dar continuidade ao projeto “Via Verde Vacinas”, foi realizado um pedido de cedência de vacinas contra a hepatite b à USP do ACES LC que encaminhou para o grupo de vacinação da ARSLVT (Apêndice XXVI).

O projeto “Vacinação Sem Barreiras” procura dar resposta aos utilizadores do GAT que aceitaram participar neste estudo e que pretendem realizar a vacinação contra a hepatite b, de forma gratuita, no entanto, têm preferência por realizar a

vacinação no centro de saúde de referência (CSR). Este projeto integra-se no âmbito do Programa de rastreio da infeção pelo VHB, da Rede de Rastreio Comunitária (RRC), da qual o GAT faz parte. Este Programa refere na “6ª Etapa – Ligação à prevenção e/ou aos cuidados de saúde” (RRC, 2017, p. 23), que “se pessoa com resultado não reativo fora do período de janela e não vacinada”, deve “iniciar processo de referenciação para os cuidados de saúde primários para vacinação contra o VHB ao abrigo da circular normativa 15/DT de 15/10/2001 da DGS” (RRC, 2017, p. 23). Este projeto também se integra no âmbito do PNV 2017 da DGS. Os objetivos e as atividades deste projeto encontram-se no apêndice XXV, bem como o respetivo fluxograma.

Para as pessoas que decidem realizar vacinação no centro local de saúde (CLS), que muitas vezes corresponde ao centro de saúde onde se encontra inscrito, será entregue uma prescrição médica a indicar que se encontra abrangido pela Circular Normativa da DGS Nº 15/DT de 2001, e encaminhado para o serviço pretendido, tal como era realizado anteriormente nos serviços do GAT.

Para o projeto “Vacinação Sem Barreiras” foi criado um folheto (Apêndice XXVII) em A5 com perguntas e respostas sobre barreiras que foram identificadas no diagnóstico de situação. Este folheto pretende resumir a informação que foi transmitida às pessoas que aceitaram participar no estudo, como forma de lembrete, aquando do encaminhamento para o CSR. Foi ainda disponibilizado um Mapa de Navegação (Apêndice XXVIII) que pretendeu ajudar na orientação das pessoas para aceder ao CSR.

4.6. Preparação da execução

Na etapa de preparação e execução do processo de planeamento em saúde serve “sobretudo propósitos didáticos, não aparecendo identificada em muitos esquemas de planeamento” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.115), e pretende-se com esta etapa “mostrar as inter-relações entre as diferentes actividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar em suma a realização das atividades” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.115).

Desta forma, procedeu-se à elaboração de um diagrama de Gantt com a distribuição das atividades dos dois projetos no horizonte temporal de

implementação. De acordo com Imperatori & Giraldes (1982), “os cronogramas ou mapas de Gantt são gráficos de duas dimensões onde se representa nas abcissas o tempo (dias, meses, etc) e nas ordenadas as actividades que formam o projecto” (p.115). O diagrama de atividades encontra-se disponível no apêndice XXIX.

4.7. Avaliação dos projetos

A avaliação é a sétima etapa do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1982), e “constitui a etapa final ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 127), pelo que “os progressos alcançados com as atividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objectivos e metas marcadas” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 127). Deve ser precisa e pertinente, e tem como função determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, baseado em critérios e normas (Tavares, 1990).

Neste sentido, procedeu-se à avaliação dos indicadores de resultado delineados na etapa “Fixação de Objetivos”.

Quadro 9. Indicadores de resultado

Indicadores de resultado	Fórmula de avaliação	Percentagem a atingir (%)	Percentagem atingida (%)	Indicador atingido
1º - % de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 1ª inoculação contra o VHB (Nº de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 1ª inoculação contra o VHB / Nº de pessoas elegíveis para vacinação contra o VHB (amostra) x 100)	18/19X100	100%	94,7%	Não
2º - % de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 2ª inoculação contra o VHB (Nº de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 2ª inoculação contra o VHB / Nº de pessoas elegíveis para vacinação contra o VHB (amostra) x 100)	18/19X100	>90%	94,7%	Sim
3º - % de pessoas incluídas na amostra que acederam à vacinação no centro de saúde de referência com sucesso (Nº de pessoas incluídas na amostra que acederam à vacinação no centro de saúde de referência com sucesso / Nº de pessoas incluídas na amostra que decidiram realizar vacinação no centro de saúde de referência X 100)	0/0X100	<10%	0%	Sim

Para o 1º indicador de resultado foi possível vacinar contra o VHB 18 pessoas em 19 elegíveis, tendo-se obtido uma adesão de 94,7%. Considera-se que o objetivo não foi atingido. De referir que o único participante não vacinado neste 1º indicador

esteve ausente do país, pelo que apenas realizou a primeira dose de vacina contra o VHB em fevereiro. Destaca-se ainda que anterior à intervenção, a percentagem de pessoas que tinha realizado vacinação contra o VHB de forma gratuita nas unidades de saúde do GAT era de 0% e com o projeto “Via Verde Vacinas” obtivemos uma percentagem de 94,7%.

Em relação ao 2º indicador de resultado foi possível vacinar 18 pessoas em 19 elegíveis, tendo-se obtido uma adesão de 94,7%. Considera-se que o objetivo foi atingido.

Relativamente ao 3º indicador de resultado não foi vacinado nenhum participante no estudo dado que todos optaram por ser vacinados nas unidades de saúde do GAT onde foram rastreados. Desta forma, considera-se que o objetivo foi atingido.

Os resultados dos indicadores de atividade encontram-se no apêndice XXX.

.

5. LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS

No desenvolvimento deste estudo foi possível detetar várias limitações e constrangimentos:

- O atraso na conclusão do diagnóstico de situação limitou a disponibilidade temporal para a intervenção nos projetos elaborados;
- O projeto “Vacinação Sem Barreiras” não teve qualquer adesão durante o período de estágio, o que resultou na existência de indicadores de atividade avaliados em 0%. No entanto, revelou que os participantes apresentaram preferência por realizar a vacinação nos serviços de saúde do GAT, indo ao encontro das conclusões do diagnóstico de situação, de que o local (CSL) seria o foco das barreiras à ação;
- Não foi possível obter resposta por parte do grupo de vacinação da ARSLVT sobre a cedência de vacinas contra a hepatite b, durante o período de estágio, o que interferiu com um dos indicadores de atividade (não atingido), e impede que o GAT beneficie da continuidade do projeto “Via Verde Vacinas”. Por outro lado, o GAT poderá dar continuidade ao projeto “Vacinação Sem Barreiras”, podendo encaminhar as pessoas com critério para realizar a vacinação contra o VHB, para o centro de saúde de referência, dado que a parceria irá manter-se entre estas duas instituições;
- Não foi possível obter resposta por parte da DGS sobre a carta a sugerir alterações à Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001 – referente à vacinação gratuita contra hepatite b no SNS, por esta não ter sido enviada antes do *términus* do estágio. Esta limitação deveu-se à necessidade de se elaborar uma carta reunindo o consenso interno do GAT, atrasando o seu envio para a DGS. Espera-se que a carta seja finalizada e enviada à DGS nos próximos meses.

6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária foram desenvolvidas competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento n.º 428/2018) e competências para obtenção do grau de Mestre, do 2º ciclo do ensino superior, enquadrados nos descritores de Dublin (Decreto-Lei n.º 65/2018). Para o desenvolvimento destas competências foram realizadas atividades ao longo das UC do 1º e 2º semestres e em contexto de estágio facilitadoras deste processo.

Ao terminar o processo formativo considera-se que o desenvolvimento de competências é uma responsabilidade que se vai realizando ao longo da vida profissional, com o objetivo de dar uma melhor resposta aos desafios que vão sendo colocados, tendo em conta o mundo em mudança permanente. Desta forma, este percurso académico assume uma grande importância pois possibilita o desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista, permitindo assim dar resposta de forma positiva a situações e problemas cada vez mais complexos.

No que diz respeito às competências desenvolvidas em estágio, considera-se importante respeitar as normas do contexto de estágio, bem como manter o anonimato da identidade dos participantes alvo da intervenção, e ainda manter o sigilo profissional. É importante respeitar os vários princípios éticos, entre os quais, o princípio da autonomia, através de intervenções que permitam aos clientes a tomada de decisões de forma informada e esclarecida, ou seja, passa por respeitar e aceitar as decisões dos clientes mesmo que isso implique a recusa a alguma das intervenções planeadas. É importante também tomar consciência da diversidade da dimensão humana, respeitando as diferenças e a liberdade que a pessoa tem para tomar as suas próprias decisões, respeitando as suas crenças espirituais, os seus valores, costumes e hábitos. Estes aspetos são fundamentais dado que a intervenção no estágio envolveu populações vulneráveis. A privacidade foi outro aspeto assegurado durante todas as intervenções de enfermagem.

No decorrer do estágio da UC Estágio com Relatório foi dada a oportunidade de realizar uma formação específica da Rede de Rastreio Comunitária (onde se inclui o GAT), “Treino inicial da rede de Rastreio” (Anexo VII), que procura contribuir

para o desenvolvimento de competências dos colaboradores da Rede de Rastreio, no aconselhamento, rastreio e ligação aos cuidados de saúde.

Ao realizar o planeamento das intervenções baseadas nas necessidades que emergiram no diagnóstico de situação, fundamentadas na melhor evidência (revisão da literatura e fundamentação teórica), foram prestados cuidados de qualidade, atendendo às necessidades individualizadas, sendo para isso fundamental ter conhecido o contexto onde decorreu a intervenção. Os cuidados prestados foram também avaliados para perceber se foram adequados e se deram resposta às necessidades que emergiram, dado que refletir e avaliar sobre as intervenções realizadas permite que os cuidados possam ser melhorados. Foi ainda importante apresentar os resultados obtidos do estágio aos elementos das equipas das diferentes unidades do GAT onde decorreu o estudo, sempre na perspetiva de melhoria contínua da qualidade.

Foi planeada a intervenção enquadrada nos recursos disponíveis com o objetivo de realizar uma gestão adequada dos cuidados. Houve necessidade de otimizar os recursos, planear intervenções dentro do período de tempo de estágio, realizar a articulação necessária com a equipa multidisciplinar, trabalhando em equipa e adotando um papel interativo na mesma, para assim poder prestar cuidados de qualidade no período de estágio, adequados aos utentes alvo da intervenção.

Foi desenvolvido e será fundamental continuar a desenvolver ao longo da vida profissional a assertividade e o autoconhecimento, pelo que será importante ter presente a comunicação assertiva com os utentes e colegas. Neste sentido, é extremamente importante ter consciência dos nossos limites, sendo necessário estar preparado para agir perante diferentes situações. Da mesma forma deverei procurar desenvolver um pensamento crítico e procurar ter alguma criatividade nas intervenções e atividades planeadas. A realização do estágio de intervenção comunitária foi pautada pela prática baseada na evidência, procurando dar continuidade na vida profissional, procedendo ao uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência científica, combinada com os valores de cada cliente, e com base na experiência profissional, enquadrando o contexto e os recursos disponíveis dos cuidados de saúde.

Neste sentido, ao longo deste percurso académico foram publicados/apresentados trabalhos referentes a diferentes UC do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem:

- Poster com o título “Impacto da mudança de género no sistema familiar”, no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar (Apêndice XXXI);
- Poster subordinado ao tema “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Promoção da Atividade Física no Adulto” nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem Comunitária da ESEL – Saúde e sociedade: Pensar a enfermagem comunitária no século XXI (Apêndice XXXII);
- Poster subordinado ao tema “Barreiras percebidas e acesso à vacinação em adultos não vacinados contra VHB” nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem Comunitária da ESEL – Saúde e sociedade: Pensar a enfermagem comunitária no século XXI (Apêndice XXXIII);
- Comunicação oral subordinada ao tema “Barreiras percebidas e acesso à vacinação em pessoas adultas e grupos vulneráveis em risco não vacinados” nas II^{as} Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (Anexo VIII).

É de todo o interesse proceder à divulgação deste estudo em revistas científicas.

CONCLUSÃO

Realizar este trabalho foi muito importante pois, apesar de sentir que ainda tenho um longo percurso de aprendizagens, ajudou-me a desenvolver conhecimentos e competências através da descrição, reflexão e análise dos diferentes conceitos abordados, que foram muito importantes para enquadrar a UC Estágio com Relatório desenvolvido no 3º semestre.

Considero que foi atingido o objetivo da realização do PIC, de forma a promover o desenvolvimento de competências de intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas ao contexto, visando a capacitação e a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidades, bem como as competências previstas para o 2º ciclo do ensino superior.

Foi atingido o objetivo de “Promover a acessibilidade, de pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra o VHB”, na medida em que a sua implementação foi concretizada no estágio do 3º semestre. No apêndice IV encontra-se o cronograma de atividades que permite perceber o planeamento cronológico das atividades inerentes à UC Estágio com Relatório.

Os resultados encontrados vão ao encontro da pesquisa efetuada na SR, constatando-se que existem várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde, relacionadas com fatores individuais. A realização deste estudo permitiu reduzir estas barreiras no acesso aos cuidados de saúde desta população vulnerável.

Refletindo sobre o caminho percorrido, e tal como refere Benner (2001), “é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a “experiência”, e que o conhecimento clínico (...) se desenvolve” (p. 37), facilitando o crescimento profissional e pessoal.

Neste sentido, fazendo uma autoavaliação das competências desenvolvidas em Enfermagem Comunitária ao longo deste percurso académico, baseadas no modelo de Benner (2001), considero estar a um nível de “Proficiente” na medida em que “apercebe-se das situações como uma globalidade” (Benner, 2001, p. 54), a “caminhar” para perito. Estas palavras de Patrícia Benner fazem-me todo o sentido porque ela valoriza a experiência e competências dos enfermeiros.

Torna-se importante adaptar a resposta dos serviços de saúde às necessidades e especificidades de cada pessoa de forma a ser socialmente mais capaz de responder a um mundo em mudança, para que exista mudança de comportamentos efetiva e seja possível a obtenção de ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2012). *Manual de publicação APA*. (6ª ed.). Porto Alegre: Penso Editora.
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores Portugueses [General Self-Efficacy Scale factor structure in a sample of Portuguese teachers]. *Revista Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.
- Associação Médica Mundial [AMM] (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial – Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. Versão de Outubro de 2013. 64.ª AG da Associação Medica Mundial (AAM). Fortaleza: 2013. Acedido a: 04/07/2019. Disponível em: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem – Edição Comemorativa*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Intervention Classification (NIC)* (Seventh Edition). United States of America: Elsevier Inc.
- Calé, M. (2011). *Princípios e Recomendações Gerais – PNV: Divulgação de Boas Práticas*. Acedido a: 27/02/2020. Disponível em: https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pnv-principios-e-recomendacoes-gerais_dra-etelvina-cale-pdf.aspx
- Convenção de Oviedo [CO] (1997). *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*. Ministério público de Portugal. Acedido a 07/07/2019. Disponível em: http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). *Altera o Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior*. Diário da República, 1.ª série (N.º 157 — 16 de agosto de 2018), 4147-4182.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2001). *Vacina contra a hepatite B: actualização da vacinação gratuita de grupos de risco*. Circular Normativa da DGS Nº 15/DT de 15/10/2001. Lisboa: DGS.

- Direção Geral da Saúde, [DGS], (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Versão Resumo*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde, [DGS], (2013b). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: 3.2. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017, atualizado a 31/07/2017*. Lisboa: DGS. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para as Hepatites Virais*. Lisboa: DGS. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-869733-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAF AHZFEfkPAAAA>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2019a). *Vacinação*. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-publica1/vacinacao.aspx>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2018). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações - Norma APA*. Lisboa, Portugal: ESEL.
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2019a). *Facts about hepatitis B*. Acedido a 07/04/2019. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/en/hepatitis-b/facts>
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2019b). *Surveillance Atlas of Infectious Diseases*. Acedido a 07/04/2019. Disponível em: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>
- European Medicines Agency [EMA] (2020). *Summary of Product Characteristics – Engerix B 20*. Acedido a 16/03/2020. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/engerix-b-article-30-referral-summary-product-characteristics_en.pdf
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta: Soc. Port. De Material Didáctico, Lda.
- GlaxoSmithKline [GSK] (2020). *Engerix® B, vacina hepatite B (recombinante): Modelo de texto de bula - profissional de saúde*. Acedido em 28/02/2020.

Disponível em: https://br.gsk.com/media/566528/bl_engerix_sus-inj_gds14_l0656.pdf

Gordis, L. (2014). *Epidemiology, Fifth Edition*. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Grupo de Ativistas em Tratamentos [GAT] (2019). *GAT: Grupo de Ativistas em Tratamentos*. Acedido em 03/06/2019. Disponível em: <https://www.gatportugal.org/>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Edição 2011. Lisboa: INE, I.P.

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do planeamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda

Pender, N. J. (2011). *Health Promotion Model Manual*. Acedido a 19/03/2019. Disponível em: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (Seventh Edition ed.). New Jersey: Pearson Education.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (4ª edição). Lisboa: Gradiva.

Rede de Rastreio Comunitária [RRC] (2017). *Manual da Rede de Rastreio Comunitária*. Acedido a 30/01/2020. Disponível em: <https://www.redederastreio.pt/public/uploads/publicacoes/AF%20Manual%20Procedimentos%20RRC%20-%20GAT%20170827%20Online.pdf>

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 428/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 135 — 16 de julho de 2018), 19354-19359.
- Rocha, L. M. (2013). *Os cuidadores Informais de Pessoas em Situação de Dependência e a utilização do Suporte Social para o Cuidar em Casa* (Dissertação de Mestrado). Acedido em 20/12/2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16188/1/luis%20miguel%20de%20carvalho%20rocha.pdf>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da saúde.
- The Joanna Briggs Institute, [JBI], (2015). *The Joanna Briggs Institute - Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Edition. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Victor, J. F., Lopes M. V. O. & Ximenes L. B. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender* (p. 235-240). Fortaleza: Acta Paul Enferm.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- World Health Organization [WHO] (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: WHO. Acedido em 20/12/2019. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization [WHO], (1999). *Emergency Health Training Programme For Africa*. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: http://apps.who.int/disasters/repo/13849_files/m/vulnerability.pdf
- World Health Organization [WHO], (2015). *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis b infection - march 2015*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO], (2016). *Global Health Sector Strategy On Viral Hepatitis 2016–2021 – Towards Ending Viral Hepatitis*. Geneva: WHO. Acedido a

22/03/2019.

Disponível

em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization [WHO], (2017a). *Beyond the barriers: Framing evidence on health system strengthening to improve the health of migrants experiencing poverty and social exclusion*. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259486/9789241513364-eng.pdf;jsessionid=D2D49739D8E659AE78717BB032BA8253?sequence=1>

World Health Organization [WHO], (2017b). *Global Hepatitis Report, 2017*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO], (2017c). *Guidelines On Hepatitis B And C Testing, 2017*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO], (2019a). *Vaccines*. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: <https://www.who.int/topics/vaccines/en/>

World Health Organization [WHO], (2019b). *Hepatitis B*. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

World Health Organization [WHO], (2019c). *Immunization, Vaccines and Biologicals: Hepatitis B*. Acedido a 08/03/2019. Disponível em: <https://www.who.int/immunization/diseases/hepatitisB/en/>

World Health Organization [WHO], (2019d). *Environmental health in emergencies: Vulnerable groups*. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: https://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/

World Health Organization [WHO], (2019e). *Bulletin of the World Health Organization: Breaking down the barriers to universal health coverage*. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/2/17-190991/en/>

World Health Organization [WHO], (2019f). *Hepatitis: Guidelines on hepatitis B and C testing*. Acedido a 08/04/2019. Disponível em: <https://www.who.int/hepatitis/publications/guidelines-hepatitis-c-b-testing/en/>

APÊNDICES

Apêndice I: Revisão da Literatura

ESTRATÉGIA DE PESQUISA DA SCOPING REVIEW

A estratégia de pesquisa desta *Scoping Review*, pretendeu analisar os diversos estudos publicados.

Foi utilizada uma estratégia desenvolvida em duas etapas: numa primeira etapa, foi realizada uma pesquisa na internet em relação ao tema, através do motor de busca *Google*, acedendo a *web sites* de entidades como a DGS e OMS, e na base de dados de motores de busca da *EbscoHost Research*, pesquisando por palavras-chave, para aceder à “literatura cinzenta”, de uma forma não criteriosa, de forma a identificar os resultados que uma primeira pesquisa poderiam fornecer, relacionados com a temática.

Numa segunda etapa, foi utilizada a base de dados *EbscoHost Research*, utilizando os motores de busca *Cinahl* e *Medline*, separadamente, pesquisando pelos termos naturais e indexados, verificando assim, quais os termos que mais se ajustavam à pesquisa. Desta forma, ao aceder ao motor de busca *Cinahl*, foi realizada uma primeira pesquisa com os termos indexados, para posteriormente os podermos cruzar, de forma a obter os artigos o mais adequados possível à temática. Desta pesquisa resultaram 301 artigos. Em paralelo foi realizada uma pesquisa no motor de busca *Medline* onde resultaram 438 artigos. Para ambas as pesquisas foi utilizado o limitador de data de publicação dos artigos, excluindo todos os artigos anteriores a 2016 de forma a obter a mais recente evidência científica, onde resultaram 111 artigos para o motor de busca *Cinahl* e 109 artigos para o motor de busca *Medline*. Foi utilizado ainda o limitador de idade adulta por ser a população que se pretende incluir no projeto, onde resultaram 36 artigos para o motor de busca *Cinahl* e 45 artigos para o motor de busca *Medline*.

Seguidamente, após consulta dos artigos selecionados (81 artigos no total), foi excluído 1 artigo, por não ser uma publicação em português ou inglês, e 16 artigos foram excluídos por se encontrarem duplicados, reunindo desta forma um total de 64 artigos, relacionados com a temática em questão.

A estratégia de pesquisa encontra-se esquematizada sob um *Prisma Flow Diagram* (2009), que se encontra neste apêndice.

PRINT SEARCH DO MOTOR DE BUSCA CINHAL



Saturday, April 27, 2019 8:53:48 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S10 AND S11 AND S12	Limitadores - Data de Publicação: 20160101-20191231 Restringir por SubjectAge: - all adult Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	36
S14	S10 AND S11 AND S12	Limitadores - Data de Publicação: 20160101-20191231 Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	111
S13	S10 AND S11 AND S12	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	301
S12	S7 OR S8 OR S9	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	26,004
S11	S3 OR S4 OR S5 OR S6	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	111,096
S10	S1 OR S2	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL	69,920

			Complete	
S9	adult people	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	127
S8	(MM "Vulnerability")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,493
S7	vulnerable	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	24,922
S6	(MM "Health Services Accessibility")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	33,027
S5	accessibility	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	81,370
S4	(MM "Immunization")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,388
S3	immunization	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL	30,870

			Complete	
S2	Primary Health Care	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	59,803
S1	Health Care services	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,783

PRINT SEARCH DO MOTOR DE BUSCA MEDLINE



Saturday, April 27, 2019 8:04:53 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S10 AND S11 AND S12	Limitadores - Data de Publicação: 20160101-20191231 Restringir por SubjectAge: - all adult: 19+ years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	45
S14	S10 AND S11 AND S12	Limitadores - Data de Publicação: 20160101-20191231 Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	109
S13	S10 AND S11 AND S12	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	438
S12	S7 OR S8 OR S9	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	78,708
S11	S3 OR S4 OR S5 OR S6	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	262,347
S10	S1 OR S2	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	104,243

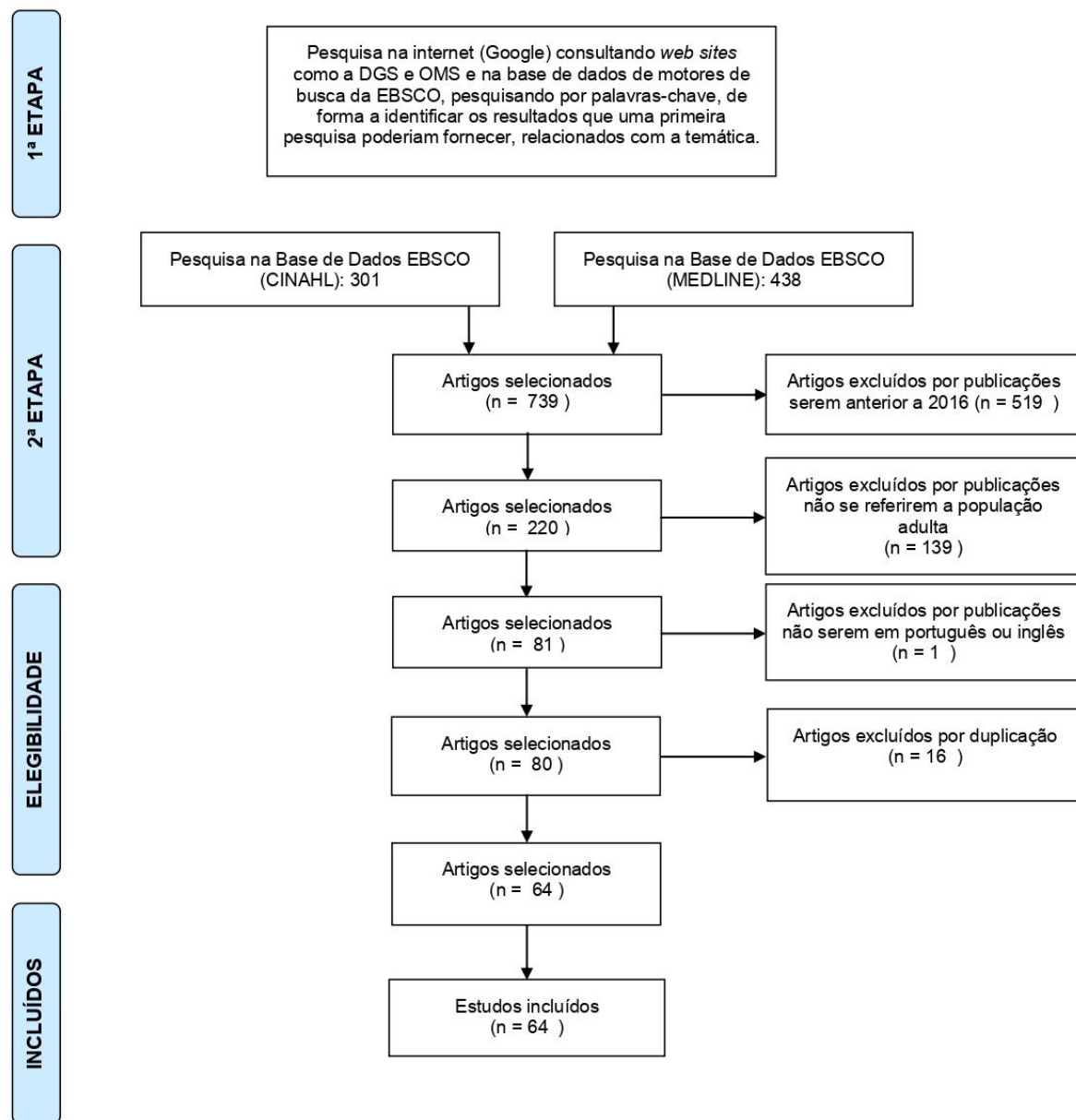
			Base de dados - MEDLINE Complete	
S9	adult people	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	363
S8	(MM "Vulnerable Populations")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,166
S7	vulnerable	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	78,351
S6	(MM "Health Services Accessibility")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	34,524
S5	accessibility	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	104,491
S4	(MM "Immunization")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	16,122
S3	immunization	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	159,040

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S2	Primary Health Care	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	91,273
S1	Health Care services	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	15,353

PRISMA FLOW DIAGRAM



PRISMA 2009 Flow Diagram



RESULTADOS DA SCOPING REVIEW

Artigo	Título	Autores	País	Ano	Tipo Estudo	Amostra/ População	Principais Resultados
1	A cost-benefit analysis of varicella vaccination in Aragón	Peña Blasco G; Blasco Pérez-Aramendía MJ	Spain	2017	retrospective study	overall Aragón population	Campanhas públicas para a imunização de crianças menores de 4 anos com 2 doses geram economia de custos e são custo-efetivas, pois o preço da vacina resulta em uma relação custo-benefício maior que 1. Espera-se uma redução maior no número de internações entre crianças de 3-4 anos.
2	A primary care lifestyle programme suitable for socioeconomically vulnerable groups - an observational study	Waller M; Blomstrand A; Högberg T; Ariai N; Thorn J; Hange D; Björkelund C	Sweden	2016	observational study	3691 participantes	Grupos socioeconômicos vulneráveis foram alcançados e as mudanças de estilo de vida foram realizadas na mesma medida que nos grupos socioeconômicos mais elevados num programa de intervenção de estilo de vida de cuidados de saúde primários.
3	Access to Federally Qualified Health Centers and Emergency Department Use Among Uninsured and Medicaid-insured Adults: California, 2005 to 2013	Nath, Julia B.; Costigan, Shaughnessy; Lin, Feng; Vittinghoff, Eric; Hsia, Renee Y.; Mycyk, Mark B.	USA	2019	longitudinal analysis	58 counties in California	Não foi possível detetar uma associação consistente entre as medidas de acesso aos centros de saúde qualificados e o uso de departamentos de emergência por adultos não seguros e sem seguro da Califórnia, ressaltando a importância de investigar drivers adicionais para reduzir o uso de departamentos de emergência entre essas populações de pacientes vulneráveis.
4	Access to primary care for socioeconomically disadvantaged older people in rural areas: a realist review	Ford JA; Wong G; Jones AP; Steel N	UK	2016	a realist review	162 articles	Pessoas idosas socioeconômicas desfavorecidas em áreas rurais enfrentam barreiras pessoais, comunitárias e de saúde que limitam seu acesso aos cuidados de saúde primários. Devem ser direcionadas iniciativas a fatores contextuais locais para ajudar os indivíduos a reconhecer problemas, sentirem-se bem-vindos, navegar na web do sistema de saúde, marcar consultas com facilidade, ter transporte adequado e ter tempo suficiente com pessoal profissional para melhorar sua experiência de saúde.

5	Accessibility of medical and psychosocial services following disasters and other traumatic events: experiences of Deaf and hard-of-hearing individuals in Denmark	Skøt, Lotte; Jeppesen, Tina; Mellentin, Angelina; Isabella; Elklit, Ask	Denmark	2017	Semi-structured interview	9 participantes	Este estudo identificou lacunas significativas na prestação de serviços pós-desastre para pessoas surdas e com deficiência auditiva. Os resultados podem informar os decisores políticos e outras autoridades na posição de melhorar os serviços existentes e / ou desenvolver novos serviços para esta população alvo vulnerável.
6	Accessible health care for Roma: a gypsy's tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent	Hanssens LG; Devisch I; Lobbetael J; Cottenie B; Willems S	Belgium	2016	qualitative study - question unstructured in-depth interview	25 participantes	Os ciganos partilham várias barreiras com outros grupos minoritários, tais como: restrições financeiras, questões de mobilidade e desconhecimento do idioma. No entanto, mais distintivo para este grupo é a falta de confiança nos prestadores de cuidados e cuidados de saúde em geral. Como resultado, a contenção e a falta de comunicação formam barreiras sérias tanto para o paciente quanto para o provedor na sua interação. A fim de garantir o acesso equitativo aos ciganos, deve ser dada maior ênfase ao estabelecimento de uma relação de respeito e compreensão mútuos.
7	Association between unmet healthcare needs and health-related quality of life: a longitudinal study	Yeong Jun Ju; Tae Hyun Kim; Kyu-Tae Han; Hyo Jung Lee; Woorim Kim; Sang Ah Lee; Eun-Cheol Park	South Korea	2017	longitudinal study	8150 participantes	Necessidades de saúde não atendidas influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde, que foi mais pronunciada em grupos economicamente vulneráveis. Assim, as intervenções para abordar problemas de qualidade de vida relacionados à saúde devem-se concentrar na implementação de uma garantia de serviços de saúde para grupos economicamente vulneráveis.
8	Barriers and facilitators to health care seeking behaviours in pregnancy in rural communities of southern Mozambique	Munguambe, Khátia; Boene, Helena; Vidler, Marianne; Bique, Cassimo; Sawchuck, Diane; Firoz, Tabassum; Makanga, Prestige Tatenda; Qureshi, Rahat; Macete,	Mozambique	2016	ethnographic study	196 participantes	As mulheres procuram cuidados pré natais de rotina nas unidades sanitárias, apesar da presença de outros provedores de saúde na comunidade. Existem factores importantes que impedem a busca de cuidados atempados e apropriados no início da gestação, bem como em situações de emergência obstétrica e parto. Fraco conhecimento dos sinais de perigo, particularmente entre os parceiros, a revelação tardia da gravidez, os processos complexos e morosos de tomada de decisão em situações de emergência, receio de maus

Eusébio; Menéndez,
Clara; von Dadelszen,
Peter; Sevene,
Esperança

tratos na unidade sanitária, falta de transporte e constrangimentos financeiros foram as barreiras mais mencionadas. Mulheres em idade reprodutiva poderiam beneficiar de esquemas comunitários de poupanças para transporte e medicação, que por sua vez iriam melhorar o seu grau de preparação para emergências e parto; mais ainda o seguimento da gravidez deveria envolver actores chaves no agregado familiar e vizinhança, bem como provedores de saúde baseados na comunidade, no sentido de encorajar referências atempadas à unidade sanitária sempre que necessário.

9	Barriers and facilitators to implementation of VA home-based primary care on American Indian reservations: a qualitative multi-case study	Kramer BJ; Cote SD; Lee DI; Creekmur B; Saliba D	USA	2017	qualitative multi-case study	37 participantes	Como a expansão do programa é da responsabilidade do diretor do programa de cuidados de saúde primários domiciliar, há pouca partilha de lições aprendidas nas instalações de assuntos de saúde dos veteranos. Oportunidades de aprendizagem partilhada beneficiariam as organizações federais de saúde para expandir outros serviços médicos para outras comunidades indígenas e outras comunidades rurais e carentes, bem como para coordenar com outras organizações de saúde. A estrutura consolidada para a estrutura de pesquisa de implementação foi uma ferramenta analítica eficaz para comparar programas que abordam várias configurações internas e externas.
10	Caring for pregnant refugee women in a turbulent policy landscape: perspectives of health care professionals in Calgary, Alberta	Winn A; Hetherington E; Tough S	Canada	2018	semi-structured interviews interpretative description	10 participantes	Os prestadores de cuidados de saúde que cuidam de mulheres grávidas refugiadas enfrentaram barreiras culturais complexas e de nível de sistema, e usaram várias estratégias para lidar com essas barreiras. Tensões adicionais no sistema aumentam a pressão sobre os profissionais de saúde, exigindo que eles se ajustem rapidamente e adaptem a novas exigências.
11	Community health workers improving diabetes outcomes in a rural Appalachian population	Feltner F; Thompson S; Baker W; Slone M	USA	2017		215 participantes	Completar um estudo em condados rurais dos Apalaches pode ser desafiador devido a muitas barreiras diferentes. Essas barreiras podem incluir a falta de serviço de telefone ou de internet para manter contato, transporte inadequado ou a capacidade de pagar

							alguém para levá-lo à consulta, e às vezes apenas uma relutância geral em manter as consultas.
12	Concurrent Disorders and Health Care Utilization Among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada	Zhang, Linda; Norena, Monica; Gadermann, Anne; Hubley, Anita; Russell, Lara; Aubry, Tim; To, Matthew J.; Farrell, Susan; Hwang, Stephen; Palepu, Anita	Canada	2018	prospective cohort study	1190 participantes	Transtorno simultâneo foi associado a maiores taxas de utilização de cuidados de saúde, quando comparados com aqueles sem transtorno simultâneo entre os indivíduos sem abrigo e abrigados vulneráveis. Programas abrangentes que integram serviços de saúde mental e dependência com cuidados de saúde primários, bem como o alcance comunitário, podem abordar melhor as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde de indivíduos que vivem com desordens concomitantes que são vulneráveis a desfechos de saúde desfavoráveis.
13	Differences in Self-Reported Health and Unmet Health Needs Between Government Assisted and Privately Sponsored Syrian Refugees: A Cross-Sectional Survey	Oda, Anna; Hynie, Michaela; Tuck, Andrew; Agic, Branka; Roche, Brenda; McKenzie, Kwame	Canada	2019	A Cross-Sectional Survey	400 participantes	Os resultados indicam diferenças demográficas e de acesso à saúde entre Refugiados Assistidos pelo Governo e Refugiados Privados Patrocinados. Refugiados assistidos pelo governo relataram uma percepção de saúde física e mental significativamente menor, bem como maiores necessidades de saúde não atendidas do que os Refugiados Privados Patrocinados. Refugiados Assistidos pelo Governo estão entre os refugiados mais vulneráveis; eles relatam necessidades mais elevadas, condições médicas mais complexas e tendem a ter mais dificuldade em se reorganizar. Esses fatores provavelmente combinam-se para ajudar a explicar a baixa saúde autorreferida e as maiores necessidades de saúde na amostra, em comparação com os Refugiados Privados Patrocinados.
14	Enhancing Administrative Data to Predict Emergency Department Utilization: The Role of Neighborhood Sociodemographics	Lines, Lisa M.; Rosen, Allison B.; Ash, Arlene S	USA	2017		64623 participantes	Responsabilizar os provedores pelo uso do departamento de emergência dos seus pacientes deve evitar penalizar os prestadores de cuidados de saúde primário que cuidam de populações pobres e vulneráveis. As metas esperadas devem considerar as variáveis do nível do bairro, como renda, assim como outros fatores de risco.
15	Estimates of Mental	Hudson, Darrell	USA	2016		767	Estes resultados sugerem uma forte necessidade de

	Health Problems in a Vulnerable Population within a Primary Care Setting	L.; Kaphingst, Kimberly A.; Croston, Merriah A.; Blanchard, Melvin S.; Goodman, Melody S				participantes	tratamento de saúde mental entre os pacientes que procuram cuidados de saúde primários em contextos urbanos. As evidências obtidas neste estudo ressaltam a necessidade de detetar e tratar sistematicamente os problemas de saúde mental nos cuidados de saúde primários em ambulatório que acolhem populações vulneráveis.
16	Ethical Care for Vulnerable Populations Receiving Psychotropic Treatment	Bernal, Darren R.; Becker Herbst, Rachel; Lewis, Brian L.; Feibelman, Jennifer	USA	2017			A interseção dos fatores de risco experimentados pelos pacientes em populações vulneráveis cria o potencial de qualidade desigual e potencialmente precária nos cuidados com psicotrópicos. A remediação de desigualdades nos cuidados com psicotrópicos para populações vulneráveis é um problema sistémico e requer mais colaboração interdisciplinar. O tratamento ideal requer o aumento do nível de formação específica para aumentar o conhecimento especializado para trabalhar com essas populações. Características demográficas, como baixo status social, raça, idade ou status de imigrante e sua intersecção, parecem estar associadas a vulnerabilidades nos cuidados com psicotrópico.
17	Evaluating a complex model designed to increase access to high quality primary mental health care for under-served groups: a multi-method study	Dowrick C; Bower P; Chew-Graham C; Lovell K; Edwards S; Lamb J; Bristow K; Gabbay M; Burroughs H; Beatty S; Waheed W; Hann M; Gask L	UK	2016	quasi-experimental design	110 participantes	O acesso às intervenções de bem-estar foi associado à presença do envolvimento da comunidade e aos elementos de formação dos cuidados de saúde primários.
18	Expanding health access in the more vulnerable region in the state of São Paulo, Brazil: is this a reflection of the Mais Médicos (More Doctors) Program?	Silva BP; Stockmann D; Lúcio Dde S; Henna E; Rocha MC	Brasil	2016	cross-sectional study		Após a implantação do Programa, houve um aumento no acesso à saúde e promoção da saúde, focado numa área que apresenta um enorme desafio para os cuidados de saúde primários. Como se trata de uma área de alta vulnerabilidade com grande área de abrangência de cuidados, as internações hospitalares por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários, bem como os encaminhamentos para serviços secundários, não

19	Exploring the interaction of activity limitations with context, systems, community and personal factors in accessing public health care services: A presentation of South African case studies	Mji G; Braathen SH; Vergunst R; Scheffler E; Kritzinger J; Mannan H; Schneider M; Swartz L; Visagie S	South Africa	2017	case study	four case studies	diminuíram.
							Estes quatro estudos de caso demonstram que o acesso equitativo aos serviços de saúde para pessoas com limitações de mobilidade é influenciado por uma interação complexa de uma variedade de fatores para um único indivíduo em um contexto particular. Em segundo lugar, embora os problemas de acesso aos serviços públicos de saúde sejam sentidos por todos, as pessoas com limitações de mobilidade são afetadas de maneiras específicas, tornando-as particularmente vulneráveis ao uso de serviços públicos de saúde.
							O estudo constatou que as mulheres seropositivas que tinham ouvido falar sobre o rastreio, pretendiam procurar rastreio, e estavam confiantes de que o rastreio as impediria de contrair cancro do colo do útero. Desafios financeiros, baixos níveis de conhecimento sobre o cancro do colo do útero e os participantes apercebendo-se eles próprios como não sendo suscetíveis, emergiram como barreiras. Programas para intensificar a educação sobre o cancro do colo do útero entre esta população vulnerável são defendidos com o objetivo de aumentar a triagem e melhorar a saúde das mulheres soropositivas.
							Os sem-abrigo mais vulneráveis enfrentam as maiores barreiras à utilização dos serviços de saúde. Os sem-abrigo têm taxas particularmente baixas de registo de médicos de clínica geral e isto parece ter um efeito secundário na admissão ao hospital. A melhoria do acesso aos cuidados primários para a população em situação de sem-abrigo pode garantir que algumas das pessoas mais vulneráveis da sociedade possam aceder a serviços hospitalares vitais.
20	Facilitators and barriers to cervical cancer screening among HIV-positive women in Ghana	Ebu, Nancy Innocentia	Ghana	2018	qualitative multiple case study		
21	Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England	Elwell-Sutton T; Fok J; Albanese F; Mathie H; Holland R	UK	2017	cross-sectional	2505 participantes	
22	Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis	Corscadden L; Levesque JF; Lewis V; Strumpf E; Breton M; Russell G	Australia	2018	an international analysis	Entre 1000 e 7000 participantes por país de 11	Uma maior compreensão das múltiplas barreiras ao acesso aos cuidados de saúde primários em todas as fases do processo de procura de cuidados pode ajudar a informar o planeamento e a monitorização do

países diferentes

desempenho das disparidades no acesso. A variação entre os países pode revelar fatores organizacionais e de acesso ao sistema, além de informar os esforços para melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários para grupos vulneráveis. A natureza cumulativa dessas barreiras ainda precisa ser avaliada.

23	Factors Influencing Abortion Decision-Making Processes among Young Women	Frederico M; Michielsen K; Arnaldo C; Decat P	Mozambique	2018	qualitative study - transversal	14 mulheres participantes	O estudo encontrou determinantes em diferentes níveis, incluindo o baixo grau de autonomia para as mulheres, a disponibilidade limitada dos serviços de saúde que prestam serviços de aborto e a falta de serviços de saúde centrados no paciente. Com base nos resultados do estudo, os autores sugerem estratégias para aumentar o conhecimento sobre os direitos e serviços do aborto e para melhorar a qualidade e acessibilidade dos serviços de aborto em Moçambique.
24	Health literacy - engaging the community in the co-creation of meaningful health navigation services: a study protocol	Loignon C; Dupéré S; Fortin M; Ramsden VR; Truchon K	Canada	2018	a study protocol - participatory research design combined with a qualitative approach	4 grupos de participantes e cada grupo com um máximo de 20 participantes	Pessoas com baixa escolaridade em saúde experimentam grandes obstáculos na navegação pelo sistema de saúde. Portanto, este projeto contribuirá para abordar a lacuna entre os desafios da área de saúde e as necessidades de pacientes carentes com multimorbidade e / ou baixa alfabetização em saúde que têm necessidades complexas relacionadas à saúde. Preparará o caminho para criar soluções bem-sucedidas para e com essas comunidades que aumentarão seu acesso aos serviços de saúde.
25	Healthcare service delivery to refugee children from the Democratic Republic of Congo living in Durban, South Africa: a caregivers' perspective	Meyer-Weitz, Anna; Oppong Asante, Kwaku; Lukobeka, Bukenge J.	South Africa	2018	explanatory mixed methods	120 and 10 participants for the quantitative and qualitative phases, respectively	Estes resultados sublinham a necessidade de abordar as atitudes dos profissionais de saúde ao fornecer cuidados de saúde para os refugiados. A mudança de atitude pode melhorar a relação entre prestadores de serviços e cuidadores de crianças refugiadas na África do Sul, o que pode melhorar os resultados relacionados com a saúde em crianças refugiadas.
26	HealthNavigator: a mobile application for	Seneviratne, Martin G.; Hersch,	Australia	2018		1492 participantes	As aplicações de saúde móveis podem ser integrados de forma eficaz aos programas de triagem da comunidade

chronic disease screening
and linkage to services at
an urban Primary Health
Network

Fred; Peiris, David P.

para fornecer avaliações rápidas dos perfis de fatores de risco da comunidade e para traduzir as diretrizes nacionais em recomendações de saúde personalizadas e fáceis de usar. Quando fornecidos por uma network de cuidados de saúde primários, as aplicações têm o potencial para atingir grupos da comunidade que são de difícil acesso por meios tradicionais. A ligação entre as aplicações de triagem da comunidade e os conjuntos de dados de práticas gerais pode ser uma plataforma poderosa para os cuidados de saúde primários integrada no futuro. No entanto, é necessário mais trabalho para avaliar formalmente a eficácia da triagem da comunidade baseada em aplicações sobre os comportamentos de saúde e os resultados dos pacientes.

27	How does paid sick leave relate to health care affordability and poverty among US workers?	Stoddard-Dare, Patricia; DeRigne, LeaAnne; Mallett, Christopher; Quinn, Linda	USA	2018	cross-section	13545 participantes	Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre baixa médica remunerada e capacidade de pagar por atendimento odontológico, óculos e medicação prescrita. Os trabalhadores que não recebem licença médica paga são mais propensos do que aqueles com licença por doença paga a estarem na pobreza e têm altos custos médicos. Encontrou-se uma relação entre benefícios pagos por baixa médica e poder pagar os serviços e bens de saúde necessários e estar mais vulnerável a dificuldades económicas. Esta pesquisa contribui para o crescente corpo de evidências de que a baixa médica remunerada pode ser um fator na acessibilidade dos serviços de saúde e na segurança económica. Pesquisas futuras devem continuar a investigar essa importante política de saúde pública.
28	"I go I die, I stay I die, better to stay and die in my house": understanding the barriers to accessing	Price, Jennifer A; Soares, Ana I F Sousa; Asante, Augustine D; Martins, Joao S; Williams,	Australia	2016	multisite qualitative study	59 participantes	Barreiras físicas, financeiras, socioculturais e onerosas impedem ou desencorajam as pessoas de acederem a cuidados hospitalares em Timor-Leste. Melhorar o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade na linha de frente é uma estratégia fundamental para

health care in Timor-
Leste

Kate; Wiseman,
Virginia L

garantir o acesso universal aos cuidados de saúde, seguida de iniciativas para superar as barreiras multifacetadas aos cuidados hospitalares enfrentados pelos mais vulneráveis. Melhorar a disponibilidade e o funcionamento dos serviços de transporte de doentes, fornecer subsídios de viagem aos doentes e às suas famílias e formar pessoal hospitalar em padrões de cuidados profissionais são algumas opções disponíveis para o governo e doadores que procuram um progresso mais rápido no sentido da cobertura universal de saúde em Timor-Leste.

29	'If they're your doctor, they should care about you': Women on release from prison and general practitioners	Abbott P; Davison J; Magin PJ; Hu W	Australia	2016	Semi-structured interviews	69 participantes	As mulheres perceberam que os clínicos gerais não tinham interesse nas suas necessidades de apoio social e acreditavam que os clínicos gerais precisavam de mais habilidades para gerir melhor os casos em que havia abuso de substâncias. Dado o medo do estigma, as mulheres não divulgam a situação de reclusão recente, afetando a continuidade dos cuidados de saúde iniciados na prisão.
30	Impacting Vulnerable Populations Through Integrating Oral Health Care Into Nurse-managed Health Centers	Vece, Loretta; Sutter, Rebecca; Sutter, Caroline; Toulouse, Cheryl	USA	2016	mixed method, nonrandomized, cross-sectional design	221 participantes	A integração dos cuidados de saúde oral nos centros de saúde geridos por enfermeiros causou um impacto positivo no atendimento ao paciente. As crianças agora estão a receber cuidados de saúde oral baseados em evidências, incluindo uma avaliação de risco, exame oral, cuidados preventivos e educação sobre higiene, e encaminhamentos como parte de exames físicos para crianças saudáveis fisicamente. Isso aborda as necessidades básicas de cuidados de saúde oral da população de pacientes mais vulneráveis atendidos pelos centros de saúde geridos por enfermeiros.
31	Increasing Primary Care Access Close to Home for Residents of Remote Communities in Northern Alberta	Ross AA; Yap TL; Nest JV; Martin K; Edie AH	Canada	2016	pilot project	60 participantes	O projeto tem potencial para viabilidade e sustentabilidade. O feedback da maioria dos participantes e partes interessadas foi positivo e encorajador. Com algumas pequenas alterações para permitir uma maior variação nos horários de consulta, continuando a acomodar os pacientes, o projeto pode-

							se tornar um programa muito bem sucedido para a clínica de cuidados. Melhorar o acesso a cuidados consistentes, de alta qualidade e com boa relação custo-benefício, perto de casa, para residentes em comunidades remotas do norte de Alberta só pode melhorar a saúde dos residentes.
32	Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013	Boccolini CS; de Souza Junior PR	Brazil	2016	cross-sectional study	60202 participantes	Apesar da recente expansão dos programas de cuidados de saúde primária e saúde oral no Brasil, observaram-se lacunas na utilização de serviços de saúde entre os segmentos mais vulneráveis da população. Recomendam-se outros projetos, tanto para promover a conscientização sobre a utilização dos serviços de saúde quanto para melhorar a cobertura dos serviços laboratoriais, a fim de fortalecer a saúde universal e equitativa no Brasil. A comunicação em saúde também é uma forma possível de capacitar os cidadãos, melhorando a conscientização sobre a utilização de serviços de saúde e a relação entre usuários e serviços de saúde.
33	Inequity in timing of prenatal screening in New Zealand: Who are our most vulnerable?	Payne, Olivia; Pillai, Avinesh; Wise, Michelle; Stone, Peter	New Zealand	2017	Univariate logistic regression analyses	119 120 mulheres participantes	As mulheres grávidas maori e do pacífico têm o menor índice de triagem entre primeiro e segundo trimestres. É necessária pesquisa para entender se isso se relaciona com as características do cuidador fazendo a oferta de triagem, linguagem e / ou barreiras culturais para o cuidado ou visões coletivas culturais ou religiosas específicas realizadas por mulheres dessas etnias. A triagem pré-natal mais baixa no primeiro trimestre versus triagem pré-natal no segundo trimestre em áreas carentes, pode estar relacionada à disponibilidade de serviços de ultrassonografia e / ou laboratoriais em regiões específicas. O custo pode ser um fator que contribui para a iniquidade no tempo de captação da triagem pré-natal concluída, pois a triagem no primeiro trimestre incorre em um custo parcial para o indivíduo, enquanto a triagem no segundo trimestre é totalmente financiada.

34	Informal workers' access to health care services: findings from a qualitative study in the Kassena-Nankana districts of Northern Ghana	Akazili J; Chatio S; Ataguba JE; Agorinya I; Kanmiki EW; Sankoh O; Oduro A	Ghana	2018	qualitative study - exploratory	68 participantes	A maioria da população no Gana está envolvida em empregos informais e a sua contribuição para a economia é muito importante. No entanto, existem vários fatores que afetam seu acesso aos serviços de saúde, especialmente nas unidades de saúde pública. Fatores como a pobreza, a atitude desagradável de alguns profissionais de saúde para com os clientes e a má organização e operação do sistema de saúde como resultado da introdução do Plano Nacional de Seguro de Saúde no Gana afetam negativamente o acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores informais. Recomenda-se que sejam necessários muitos esforços para que o governo, o serviço de saúde do Gana, o Ministério da Saúde, a autoridade de seguro de saúde e outras partes interessadas saibam lidar com esses desafios. Isso ajudará a melhorar a prestação de cuidados gerais de saúde, não apenas para os trabalhadores informais, mas também para a população pobre e mais vulnerável no Gana, que na maioria das vezes precisa destes serviços.
35	International comparisons of disparities in access to care for people with mental health conditions	Corscadden L; Callander EJ; Topp SM	Australia	2018			As pessoas com condições de saúde mental experimentam barreiras consideráveis na negociação do sistema de saúde em comparação com pessoas sem condições em todos os países na análise. As disparidades experimentadas por pessoas com condições de saúde mental não foram atribuídas a características socioeconômicas ou demográficas. Identificar e abordar as barreiras no acesso aos cuidados para este grupo é essencial para melhorar os resultados das pessoas com problemas de saúde mental. Atualmente, há uma dinâmica e atenção política para abordar a equidade no acesso aos cuidados e melhorar os resultados para as pessoas com problemas de saúde mental através dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas que podem oferecer uma ampla plataforma para chamar a atenção para essas descobertas e garantir que

							ninguém seja deixado para trás.
36	It 'makes you feel more like a person than a patient': patients' experiences receiving home-based primary care (HBPC) in Ontario, Canada	Smith-Carrier, Tracy; Sinha, Samir K.; Nowaczynski, Mark; Akhtar, Sabrina; Seddon, Gayle; Pham, Thuy-Nga	Canada	2017	grounded theory	26 participantes	Os temas surgiram em relação às percepções dos pacientes em relação à preferência e necessidade dos cuidados de saúde primários domiciliares, à promoção de melhor atendimento ao paciente proporcionado pelo modelo em comparação com o atendimento domiciliar, e os benefícios e barreiras aos cuidados de saúde primários domiciliar da prestação de serviços de assistência. Padrões subjacentes também surgiram relacionados aos sentimentos e emoções dos pacientes sobre sua qualidade de vida e satisfação com os serviços de cuidados de saúde primários domiciliares. Argumenta-se que os cuidados de saúde primários domiciliar está bem posicionada para atender a idosos mais velhos e frágeis, garantindo que os pacientes recebam cuidados primários e comunitários apropriados - que a alternativa de gabinete oferece pouca garantia - e que eles serão cuidados. Isto pode não apenas levar a uma maior satisfação do paciente, mas também contribuir para melhorar a qualidade de vida de uma população altamente vulnerável.
37	Low-Value Medical Services in the Safety-Net Population	arnett ML; Linder JA; Clark CR; Sommers BD	USA	2017	multiyear cross-sectional observational study	193 062 participantes	Descobriu-se que as taxas de atendimento de baixo valor foram semelhantes entre os pacientes com Medicaid, sem seguro ou cobertura de seguro privado, e entre os médicos que atendem altas e baixas proporções de pacientes não segurados e do Medicaid. Os resultados parecem ser conduzidos mais por fatores do paciente do que a qualidade do atendimento prestado pelos médicos de rede de segurança, cujas taxas de atendimento de baixo valor foram semelhantes aos de outros médicos. Esses resultados mostram que, além de melhorar a subutilização de cuidados de alto valor, o uso excessivo de cuidados de baixo valor é um foco potencialmente importante para os programas estaduais do Medicaid e para as instituições de rede de segurança buscarem economia de custos e melhor qualidade.

38	Medicaid expansion and access to care among cancer survivors: a baseline overview	Tarazi, Wafa; Bradley, Cathy; Harless, David; Bear, Harry; Sabik, Lindsay; Tarazi, Wafa W; Bradley, Cathy J; Harless, David W; Bear, Harry D; Sabik, Lindsay M	USA	2016	a baseline overview	26053 participantes	Antes da aprovação do ato de assistência acessível, os sobreviventes de cancro que vivem em estados de expansão tiveram melhor acesso aos cuidados do que os sobreviventes que vivem em estados sem expansão. A falha em expandir o Medicaid poderia potencialmente deixar muitos sobreviventes de cancro com acesso limitado aos cuidados de rotina.
39	Need, access, and the reach of integrated care: A typology of patients	Bridges AJ; Villalobos BT; Anastasia EA; Dueweke AR; Gregus SJ; Cavell TA	USA	2017	questionnaire assessing	105 participantes	Percebeu-se que os pacientes de cuidados primários poderiam ser agrupados em 3 categorias (bem servidos, desfavorecidos e subclínicos) e que 60%, desfavorecidos e subclínicos, representavam grupos menos comumente vistos em contextos de saúde mental tradicionais. Cuidados de saúde comportamental integrados podem ser uma abordagem promissora para ampliar o alcance dos cuidados de saúde mental, e parcerias entre centros de saúde federais qualificados e equipes de pesquisa universitárias podem ser uma abordagem promissora para a realização de pesquisas sobre o modelo integrado de prestação de serviços.
40	Nonurgent Emergency Department Visits by Insured and Uninsured Adults	Searing LM; Cantlin KA	USA	2016	secondary data analysis	84877 participantes	Visitas não urgentes ao departamento de emergência ocorrem quando opções mais apropriadas para pronto atendimento estão disponíveis na comunidade. As intervenções devem visar tanto os pacientes quanto os prestadores de cuidados primários. Embora os pacientes devam entrar em contato com o seu prestador de cuidados primários quando precisarem de atendimento imediato, os prestadores de cuidados primários devem encaminhar os pacientes para outras instalações que não o departamento de emergência, quando clinicamente apropriado.
41	Obstacles to preventive care for individuals with disability: Implications for nurse practitioners	Marrocco A; Krouse HJ	USA	2017	Systematic search and review	Twenty-six articles were included in the review	Esta revisão da literatura confirmou noções anteriores de que as pessoas com deficiência estão recebendo muito menos serviços preventivos do que a população em geral. Os estudos revistos identificaram quatro

							grandes barreiras que contribuíram para a falta de cuidados preventivos. Essas barreiras incluíam ambiente físico e sistema, transporte, conhecimento e atitude do cuidador e financeiro. O reconhecimento dos obstáculos que esta subpopulação enfrenta no acesso aos serviços de cuidados preventivos é o primeiro passo para remediar eficazmente este problema.
42	Palliative care for people with schizophrenia: a qualitative study of an under-serviced group in need	McNamara B; Same A; Rosenwax L; Kelly B	Australia	2018	qualitative study Semi-structured interviews	16 participantes	Para garantir que as pessoas com esquizofrenia sejam bem apoiadas no final da vida, é necessário um modelo de cuidados paliativos que ofereça serviços especializados e capacitação dentro da força de trabalho de saúde pré-existente. São necessários recursos para abordar o estigma e a falta de serviços enfrentados por esse grupo vulnerável.
43	Patient experience with healthcare services among older adults with serious mental illness compared to the general older population	Fortuna, Karen L.; Lohman, Matthew C.; Batsis, John A.; DiNapoli, Elizabeth A.; DiMilia, Peter R.; Bruce, Martha L.; Bartels, Stephen J.	USA	2017		35423 participantes	Os resultados destacam a necessidade de melhorar a experiência do paciente em idosos com doença mental grave. Abordar a comunicação do cuidador, a tomada de decisão partilhada e o acesso a cuidados entre esse grupo vulnerável de adultos mais velhos podem ter impacto nos resultados e custos clínicos. Pesquisas futuras deverão examinar até que ponto a melhoria da experiência do paciente pode melhorar os resultados de saúde e melhorar o tratamento para esse grupo mais vulnerável.
44	Potentially Avoidable Hospitalizations among People at Different Activity of Daily Living Limitation Stages	Schüssler-Fiorenza Rose SM; Stineman MG; Pan Q; Bogner H; Kurichi JE; Streim JE; Xie D	USA	2017		8815 participantes	Adultos com limitações nas suas atividades de vida diária parecem particularmente vulneráveis a hospitalizações potencialmente evitáveis por condições tipicamente geridas em ambientes de ambulatório.
45	Privately insured adults in HDHP with higher deductibles reduce rates of primary care and preventive services	Jetty A; Petterson S; Rabin DL; Liaw W	USA	2018		25965 participantes	Minimizar as barreiras de acesso financeiro aos cuidados de saúde primários é crucial para a manutenção da saúde e prevenção de doenças.
46	Protocol for the analysis of a natural experiment	Huguet, Nathalie; Angier,	USA	2017	Biostatistical analyses	275000 participantes	As descobertas terão relevância nos EUA nos serviços e resultados de saúde da diabetes mellitus e serão

	on the impact of the Affordable Care Act on diabetes care in community health centers	Heather; Marino, Miguel; McConnell, K. John; Hoopes, Megan J.; O'Malley, Jean P.; Raynor, Lewis A.; Likumahuwa-Ackman, Sonja; Holderness, Heather; DeVoe, Jennifer E.					partilhadas por meio de conferências e publicações nacionais. Os resultados fornecerão informações necessárias para impactar a política, uma vez que está relacionada ao acesso ao seguro de saúde e ao recebimento de cuidados de saúde entre uma população vulnerável.
47	Reproductive Tract Infections in Rural Vietnam, Women's Knowledge, and Health-Seeking Behavior: A Cross-Sectional Study	Nielsen, Anna; Lan, Pham Thi; Marrone, Gaetano; Phuc, Ho Dang; Chuc, Nguyen Thi Kim; Stålsby Lundborg, Cecilia	Sweden	2016	A Cross-Sectional Study	1805 participantes	Descobriu-se que o conhecimento geral das mulheres era fraco. Além disso, apenas um terço das mulheres sintomáticas procurou atendimento de saúde. As infecções do trato reprodutivo afetam milhões de mulheres em todo o mundo a cada ano. As mais vulneráveis são mulheres em países de baixos e médios rendimentos, onde a pobreza e as desigualdades de gênero afetam seu acesso aos serviços de saúde.
48	Risk Factors During Pregnancy and Early Childhood in Rural West Bengal, India: A Feasibility Study Implemented via Trained Community Health Workers Using Mobile Data Collection Devices	Wagner AL; Xia L; Pandey P; Datta S; Chattopadhyay S; Mazumder T; Santra S; Nandi U; Pal J; Joshi S; Mukherjee B	USA	2018	Feasibility Study cross-sectional study	279 mulheres participantes e 366 crianças participantes	Populações vulneráveis, como mulheres grávidas e crianças pequenas, precisavam de uma conexão maior com os médicos nessa comunidade rural. Este estudo demonstrou a viabilidade dos agentes comunitários de saúde para ouvir as preocupações com a saúde e conectar as populações carentes com os serviços de saúde.
49	Risk factors of poor complementary feeding practices in Pakistani children aged 6-23 months: A multilevel analysis of the Demographic and Health Survey 2012-2013	Na, Muzi; Aguayo, Víctor M.; Arimond, Mary; Stewart, Christine P.	USA	2017	multilevel analysis	2827 crianças participantes	A má qualidade geral das dietas complementares das crianças paquistanesas exige políticas mais fortes e ações do programa para promover o consumo de alimentos ricos em nutrientes e priorizar intervenções para as crianças e populações mais vulneráveis.
50	Safeguarding adults in	Gibson J; Nicol B;	UK	2016			Salvaguardar os adultos é "proteger os direitos de um

	primary care: making a safeguarding adults referral	Ronayne E; Grant M					adulto a viver em segurança, livre de abuso e negligência", o que pode assumir muitas formas.
51	Selling my sheep to pay for medicines - household priorities and coping strategies in a setting without universal health coverage	Onarheim KH; Sisay MM; Gizaw M; Moland KM; Norheim OF; Miljeteig I	Norway	2018	qualitative study semi-structured interviews	41 participantes	Embora a melhoria da saúde neonatal seja priorizada no nível político na Etiópia, os domicílios pobres com neonatos doentes podem ser priorizados de forma diferente. Com dinheiro limitado e altos custos diretos com a saúde, as famílias equilibram as preocupações conflitantes com a saúde dos recém-nascidos e com o bem-estar da família. Argumentam que as famílias não devem ser deixadas em situações em que precisam escolher entre a sobrevivência do recém-nascido e a ruína económica. A proteção contra gastos diretos é fundamental, uma vez que a Etiópia avança em direção à cobertura universal de saúde. Um passo necessário é fornecer serviços de cuidados de saúde ao recém-nascido priorizados e gratuitos.
52	Service Use and Unmet Needs for Substance Use and Mental Disorders in Canada	Urbanoski, Karen; Inglis, Dakota; Veldhuizen, Scott	Canada	2017		25133 participantes	As lacunas nos serviços continuam a existir para alguns subgrupos populacionais potencialmente vulneráveis. Soluções políticas e práticas são necessárias para atender a essas necessidades não atendidas. Em particular, a convergência de pesquisas que apontam para lacunas na disponibilidade e acessibilidade de serviços de alta qualidade para o uso de substâncias no Canadá exige atenção.
53	Social justice, access and quality of healthcare in an age of austerity: users' perspective from rural Iceland	Gustafsdottir SS; Fenger K; Halldorsdottir S; Bjarnason T	Iceland	2017	mixed-methods transformative design	732 participantes em 2009 e 415 participantes em 2012	Houve significativamente menos satisfação com acessibilidade e variedade de serviços de saúde em 2012, após o dimensionamento reduzido dos serviços. Cuidados de saúde primários sólidos, bons cuidados a idosos locais, alguma liberdade na escolha de cuidados de saúde e serviços de emergência fiáveis foram considerados fundamentais para a vida numa área rural. Igualdade de acesso aos cuidados de saúde faz parte de um direito humano fundamental. Em tempos de crise económica, as pessoas nas áreas rurais, que já são vulneráveis, podem-se tornar ainda mais vulneráveis e

							desfavorecidas, ameaçando seriamente a justiça social e a equidade. Com cortes severos em serviços de saúde vitalmente importantes, as pessoas podem eventualmente optar por migrar.
54	The effect of Massachusetts health reform on access to care for Medicaid beneficiaries	Burke LG; Tsai TC; Zheng J; Orav EJ; Jha AK	USA	2017	multivariate Poisson regression models		Não encontraram evidências de que a expansão do seguro em Massachusetts, em comparação com os estados de controle, reduziu o acesso aos cuidados de saúde primários para os beneficiários vulneráveis do Medicaid.
55	The Impact of Comprehensive Pre-visit Preparation on Patient Engagement and Quality of Care in a Population of Underserved Patients with Diabetes: Evidence from the Care Management Medical Home Center Model	Rivo J; Page TF; Arrieta A; Amofah SA; McCann S; Kassaye H; Rodriguez A; Williams ML	USA	2016		7491 participantes	Os resultados do estudo sugerem que a preparação preventiva pré-visita pode ser uma estratégia fundamental para práticas de cuidados de saúde primários para melhorar áreas críticas para a gestão de doenças crônicas, como envolvimento do paciente, compromissos mantidos e conformidade com exames recomendados, testes e serviços.
56	The Impact of Homelessness and Incarceration on Women's Health	hmed RA; Angel C; Martell R; Pyne D; Keenan L	Canada	2016	qualitative study semistructured focus group interviews	21 participantes	Este estudo fornece insights sobre a realidade da falta de alojamento, saúde precária, crimes de sobrevivência e abuso de substâncias que as mulheres que são libertadas da reclusão enfrentam quando não possuem recursos adequados. As vozes coletivas das mulheres presas são representativas de uma população que continua sofrendo com a pobreza, a exclusão social e a marginalização. Tanto para homens quanto para mulheres, o encarceramento pode representar um evento sentinela que permite a identificação de condições de saúde e o início do tratamento. Isso representa uma importante oportunidade de fornecer rastreamento baseado em evidências, cuidados preventivos e tratamento de doenças crônicas para uma população altamente vulnerável. Os resultados deste estudo também enfatizam a importância do status de alojamento na saúde das mulheres sendo libertadas da

							reclusão. Sem habitação estável, as mulheres não são capazes de manter ganhos de saúde durante a reclusão e, ao invés disso, vivem para sobreviver. Assim, o aumento dos recursos habitacionais de apoio e segurança para as mulheres que saem da reclusão é fundamental para melhorar os resultados de saúde entre os indivíduos com necessidades médicas crônicas, psiquiatria e dependências de substâncias.
57	The Impact of Primary Care Providers on Patient Screening Mammography and Initial Presentation in an Underserved Clinical Setting	Keshinro A; Hatzaras I; Rifkind K; Dhage S; Joseph KA	USA	2017	retrospectiv review	173 participantes	Programas de envolvimento da comunidade que constroem relacionamentos com pacientes podem ajudar a levar pacientes vulneráveis ao sistema de saúde para exames de rotina. Além disso, a educação do prestador de cuidados de saúde primários em relação às subtilezas das diretrizes de rastreamento do cancro da mama e encaminhamento para um especialista em mama também é fundamental para melhorar os desfechos de pacientes carentes.
58	Transgender, Mental Health, and Older People: An Appreciative Approach Towards Working Together	Page, Sean; Burgess, Jenny; Davies-Abbott, Ian; Roberts, Debbie; Molderson, Jaanika	UK	2016			As pessoas transexuais mais velhas são vulneráveis a uma série de problemas de saúde mental e, como todos os idosos, cada vez mais à demência; a falta de acesso a serviços especializados de maneira oportuna pode resultar em sofrimento desnecessário e, potencialmente, em crise. As enfermeiras adquiriram um conhecimento considerável sobre uma experiência vivida que não é familiar a muitas delas e as pessoas transexuais mais velhas envolvidas viram atitudes, aceitação, amizade e respeito demonstravelmente positivas. Estas representam as bases sobre as quais as proposições provocativas iniciais repousam e parece que elas podem ser suficientemente profundas para que a reconstrução social real aconteça.
59	Use of Traditional and Complementary Medicine as Self-Care Strategies in Community Health Centers: Cross-	Chung, Vincent C. H.; Wong, Samuel Y. S.; Wang, Harry H. X.; Wong, Martin C. S.; Xiaolin Wei; Jiaji	China	2016	cross-sectional quantitative study	3360 participantes	Estes resultados sugerem que os Centros de Saúde Comunitários devem iniciar iniciativas para promover o uso apropriado de medicamentos fitoterápicos chineses, vitaminas e minerais. Envolver os farmacêuticos comunitários na orientação do uso seguro e efetivo de

	Sectional Study in Urban Pearl River Delta Region of China	Wang; Siya Liu; Ho, Robin S. T.; Yu, Ellen L. M.; Griffiths, Sian M.; Wei, Xiaolin; Wang, Jiaji; Liu, Siya					medicamentos chineses sem receita médica entre os não segurados é essencial, dada a baixa acessibilidade aos serviços dos Centros de Saúde Comunitários. A prescrição de Taiji em vez de exercícios físicos para mulheres e pessoas idosas poderia ser mais apropriada culturalmente, e a possibilidade de incluir isso como parte dos serviços dos Centros Comunitários de Saúde que merecem uma maior exploração.
60	Using Best-Worst Scaling to Understand Patient Priorities: A Case Example of Papanicolaou Tests for Homeless Women	Wittenberg E; Bharel M; Bridges JF; Ward Z; Weinreb L	USA	2016	Best-worst scaling	165 mulheres participantes	O BWS (Best-worst scaling) quantifica as prioridades do paciente de maneira transparente e acessível. É facilmente compreensível pelos pacientes e relativamente fácil de administrar. O aplicativo ilustra seu uso em uma população vulnerável, mostrando que fatores além daqueles tipicamente fornecidos em ambientes de assistência médica são altamente importantes para as mulheres na busca por exames de Papanicolaou.
61	'We are all scared for the baby': promoting access to dental services for refugee background women during pregnancy	Riggs E; Yelland J; Shankumar R; Kilpatrick N	Australia	2016	participatory methods	25 participantes	Apesar das diretrizes nacionais e da prioridade dos direitos assistenciais para atendimento odontológico, a saúde oral materna é um aspeto negligenciado do cuidado da gravidez. Enquanto as mulheres grávidas não imigrantes enfrentam barreiras ao acesso aos cuidados dentários, os refugiados e os requerentes de asilo enfrentam barreiras adicionais no acesso a esses serviços. Populações vulneráveis como estas estão em alto risco de desenvolver doenças orais e têm pouca instrução em saúde oral. Este estudo destaca uma lacuna significativa entre as políticas e as práticas, que, se não abordada, tem o potencial de ampliar as desigualdades em saúde oral ao longo da vida. As partes interessadas estavam empenhadas em colaborar e apoiar ações para melhorar a saúde oral das mães e seus bebês, sendo a principal prioridade o desenvolvimento de relacionamentos inter-serviços para promover o acesso ininterrupto aos cuidados com a saúde oral.
62	Why do we not want to	Biezen R; Grando D;	Australia	2018	qualitative	80	Apesar da segurança estabelecida das vacinas contra a

	recommend influenza vaccination to young children? A qualitative study of Australian parents and primary care providers	Mazza D; Brijnath B			study cross-sectional qualitative research design semi-structured interviews	participantes	gripe, as barreiras à adesão incluem preocupações em relação aos efeitos iatrogénicos da vacinação, o seu cronograma de administração e o conhecimento da gravidade da gripe. Informações atualizadas sobre a gripe e a eficácia da vacina, e incorporando a vacinação contra gripe no esquema de imunização, podem superar algumas dessas barreiras para aumentar a vacinação contra gripe nessa coorte vulnerável.
63	Why hasn't this woman been screened for breast and cervical cancer? – Evidence from a Chinese population-based study	You, H.; Gu, H.; Zhang, N.; Fan, H.; Kou, Y.; Cui, N.; Liu, X.Y.; Li, X.L.; Gu, J.H.	China	2019	population-based study	6520 participantes	Para reduzir a utilização inadequada do serviço de rastreamento do cancro da mama e do colo do útero nas áreas rurais, esforços devem ser feitos não apenas para atingir as mulheres rurais vulneráveis com menores rendimentos, menor nível educacional e menores condições de saúde, mas também para melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários femininos.
64	Work Conditions and Health and Well-Being of Latina Hotel Housekeepers	Hsieh, Yu-Chin; Apostolopoulos, Yorghos; Sönmez, Sevil	USA	2016	exploratory study	27 participantes	Os resultados indicaram que os entrevistados foram expostos a riscos físicos, químicos e sociais no local de trabalho e sofreram lesões musculoesqueléticas. Em termos de bem-estar psicológico, a pressão de realizar as limpezas rapidamente e o stress relacionado com o trabalho decorrente de maus-tratos no local de trabalho surgiram como principais stressores relacionados ao trabalho. São feitas recomendações para a introdução de intervenções de multiníveis destinadas a prevenir lesões e doenças relacionadas com o trabalho e promover locais de trabalho mais saudáveis.

SÍNTESE CONCLUSIVA DA *SCOPING REVIEW*

Como síntese conclusiva da *Scoping Review* foi possível verificar que o conceito de vulnerabilidade abrange uma grande diversidade de pessoas, grupos e comunidades, dependendo do contexto em que se encontram associados. Aparece muitas vezes associado à pobreza, a grupos minoritários, a migrantes, crianças, mulheres, a classes sociais desfavorecidas, pessoas com deficiência, ao baixo nível de escolaridade, trabalhadores precários, idosos, em situação de doença e pessoas que são excluídas socialmente (ex, pessoas que usam drogas, trabalhadores do sexo, homens que têm sexo com homens, minoria de género, reclusão, etc).

Associado à vulnerabilidade destas pessoas, grupos e comunidades verificou-se capacidades limitadas das mesmas, posicionamento social desfavorável, períodos sensíveis no ciclo de vida, instituições com baixo desempenho, limitações nas políticas governamentais, etc.

Foi possível verificar que existem vários tipos de vulnerabilidade, em que uma pessoa, grupo ou comunidade não é capaz de se antecipar, enfrentar, resistir e recuperar de fatores de risco, sejam fatores individuais ou contextuais.

No acesso aos cuidados de saúde verificou-se que existem diversas formas de barreiras. Estas estão relacionadas com a indisponibilidade, inconveniência, despesa, dificuldade ou natureza demorada de uma determinada ação. As barreiras para a ação são vistas como bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais que impedem estas pessoas, grupos ou comunidades de assumir um determinado comportamento para se poder aceder aos serviços de saúde.

Apesar da pergunta de investigação estar direcionada para a imunização, foi possível obter resultados de estudos que não estavam relacionados para o acesso à vacinação, mas que contribuíram com resultados importantes para a perceção de barreiras e que impedem o acesso aos serviços de saúde, quaisquer que fossem os cuidados de saúde pretendidos.

Foi possível ainda verificar em alguns estudos que quando os fatores que condicionavam a vulnerabilidade das pessoas, grupos ou comunidades eram minimizados, que o acesso aos serviços de saúde melhorava, e este acesso permitia melhores cuidados de saúde e obter ganhos em saúde.

Apêndice II: Modelo de Promoção de Saúde e os conceitos de Saúde, Ambiente, Pessoa e Enfermagem

MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E OS CONCEITOS DE SAÚDE, AMBIENTE, PESSOA E ENFERMAGEM

Para Pender (2011), saúde é uma experiência de vida em evolução. O ambiente é o contexto social, cultural e físico no qual o curso da vida se desenrola, podendo ser manipulado pelo indivíduo para facilitar comportamentos positivos de saúde (Pender, 2011). Quanto ao conceito de pessoa, é definido como um organismo biopsicossocial que é parcialmente moldado pelo ambiente, mas também procura criar um ambiente no qual o potencial humano inerente e adquirido possa ser plenamente expresso, ou seja, a relação entre pessoa e ambiente é recíproca (Pender, 2011). Para Pender (2011), as características individuais, bem como as experiências de vida, moldam os comportamentos, incluindo os comportamentos de saúde. O conceito enfermagem é a colaboração com indivíduos, famílias e comunidades para criar as condições mais favoráveis para a expressão de saúde ideal e bem-estar de alto nível (Pender, 2011). Pender (2011), descreve as doenças como eventos distintos ao longo do ciclo de vida de duração curta (aguda) ou longa (crónica) que podem dificultar ou facilitar a busca contínua pela saúde.

Apêndice III: Pressupostos e Proposições Teóricas do Modelo de Promoção de Saúde

PRESSUPOSTOS E PROPOSIÇÕES TEÓRICAS DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER

O Modelo de Promoção de Saúde baseia-se em pressupostos, que refletem as perspetivas da enfermagem e da ciência comportamental. Estes pressupostos são:

1. As pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam expressar seu potencial único de saúde humana.
2. As pessoas têm capacidade de autoconsciência reflexiva, incluindo avaliação de suas próprias competências.
3. As pessoas valorizam o crescimento nas direções consideradas positivas e tentam alcançar um equilíbrio pessoal aceitável entre mudança e estabilidade.
4. As pessoas procuram regular ativamente o seu próprio comportamento.
5. As pessoas em toda a sua complexidade biopsicossocial interagem com o meio ambiente, transformando progressivamente o meio ambiente e sendo transformados ao longo do tempo.
6. Os profissionais de saúde constituem uma parte do ambiente interpessoal, que exerce influência sobre as pessoas durante toda a sua vida.
7. A reconfiguração auto-iniciada de padrões interativos pessoa-ambiente é essencial para a mudança de comportamento (Pender, 2011).

As declarações teóricas derivadas do modelo fornecem uma base para o trabalho investigativo sobre comportamentos de saúde. O MPS baseia-se nas seguintes proposições teóricas:

1. Comportamentos prévios, hereditários e características adquiridas influenciam as crenças, os afetos e os comportamentos de promoção da saúde.
2. As pessoas comprometem a envolverem-se em comportamentos dos quais antecipam a obtenção de benefícios pessoalmente valorizados.
3. As barreiras percebidas podem restringir o comprometimento à ação, um mediador do comportamento e também um comportamento real.
4. A percepção de competências ou autoeficácia para executar determinado comportamento aumenta a probabilidade de compromisso para a ação e o desempenho real do comportamento.

5. A maior autoeficácia percebida resulta em menos barreiras percebidas para um comportamento específico de saúde.
6. O afeto positivo em relação a um comportamento resulta em maior autoeficácia percebida.
7. Quando as emoções ou afetos positivos estão associados a um comportamento, a probabilidade de compromisso e ação é aumentada.
8. É mais provável que as pessoas se comprometam e se envolvam em comportamentos de promoção da saúde quando outras pessoas significativas modelam o comportamento, esperam que o comportamento ocorra e forneçam assistência e apoio para viabilizar o comportamento.
9. As famílias, pares e prestadores de cuidados de saúde são fontes importantes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e o envolvimento no comportamento de promoção da saúde.
10. As influências situacionais no ambiente externo podem aumentar ou diminuir o compromisso ou a participação no comportamento de promoção da saúde.
11. Quanto maior o compromisso com um plano de ação específico, mais provável será que o comportamento de promoção da saúde seja mantido ao longo do tempo.
12. O compromisso com um plano de ação é menos provável de resultar no comportamento desejado quando existem exigências conflitantes sobre as quais as pessoas têm pouco controle e que exigem atenção imediata.
13. O compromisso com um plano de ação é menos provável de resultar no comportamento desejado quando outras ações são mais atraentes e, portanto, preferidas sobre o comportamento alvo.
14. As pessoas podem modificar conhecimentos, sentimentos, influências interpessoais e influências situacionais para criar incentivos para o comportamento de promoção da saúde (Pender, 2011).

Apêndice IV: Cronograma de Atividades

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Cronograma de Atividades

1º Semestre		2º Semestre							3º Semestre											
ANOS		2019															2020			
MESES		fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril					
Opção II	Escolha do tema																			
	Escolha do campo de estágio																			
	Revisão Sistemática da Literatura																			
	Seleção do modelo teórico																			
	Aplicação do instrumento de recolha de dados																			
	Apresentação em sala de aula (OT)																			
	Elaboração do Projeto de Estágio																			
	Entrega do Projeto de Estágio																			
Estágio	Diagnóstico de Situação																			
	Determinação de Prioridades																			
	Fixação de Objetivos																			
	Seleção de Estratégias																			
	Elaboração de programas e projetos																			
	Preparação da Execução																			
	Avaliação																			
	Relatório																			
	Apresentação em sala de aula (OT)																			
	Entrega do Projeto																			

**Apêndice V: Resultado das auditorias às unidades de saúde do
GAT**

Relatório de Auditoria interna de vacinação realizada às unidades do GAT: Aspetos a corrigir assinalados com um (X).					
		Ação	CheckpointLx	Espaço Intendente	In Mouraria
Ponto 1					
	Estrutura física/instalações e equipamentos				
	1. Bancada de trabalho: - Não existe material necessário à administração da vacina contra hepatite B (em ampola) nem no CheckpointLx, nem no Espaço Intendente.	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir seringas com capacidade de 2 cc tipo luer e agulhas intramusculares para músculo deltóide de adulto (23G X 1" (0,6 x 25 mm)). 	X	X	
	2. Equipamento informático: - Não existe acesso aos sistemas informáticos de registo, nomeadamente VACINAS ou Registo Centralizado de Vacinas (RCV) nas unidades do GAT; - Não existe software de datalogger nas unidades do GAT; - Não existe pasta com ficheiros/documentos relativos à vacinação no ambiente de trabalho dos computadores dos unidades do GAT.	<ul style="list-style-type: none"> Pedir acesso ao VACINAS ou RCV junto da ARSLVT, ou estabelecer parceria com o ACES LC para registo de vacinas (Ricardo Ferreira/Miguel Rocha). Comprar datalogger (GAT). Criar pasta documentos para o ambiente de trabalho (Ricardo Ferreira). Pedir ao GAT para criar um email próprio da vacinação (GAT). 	X	X	X
Ponto 2					
	Higienização				
	1. Higienização das instalações: - Não existe evidência escrita de plano de higienização das instalações em vigor, que permita verificar a sua execução e frequência;	<ul style="list-style-type: none"> Criar e publicar plano de higienização (cada unidade do GAT). Contratar limpeza/manutenção semestral do equipamento de refrigeração para todas as unidades 	X	X	X

	- Não existe contrato de limpeza e manutenção dos equipamentos de refrigeração.	(GAT).			
Ponto 3					
	Rede de Frio				
	1. Frigorífico no local de administração: - Não existe frigorífico no In Mouraria.	• Adquirir um frigorífico (GAT).			X
	2. Equipamento para armazenamento de vacinas: - Não existe mala térmica para transporte de vacinas ACES LC - GAT; - Não existe registo contínuo gráfico/digital de temperatura internas/não existe datalogger; - Não existe evidência de arquivo do registo de temperaturas; - Não existe termómetro não digital interno; - A ficha elétrica é dedicada ao frigorífico mas não está sinalizada com NÃO DESLIGAR.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprar mala térmica pequena para cada unidade (GAT). • Comprar datalogger para cada unidade (GAT). • Comprar termómetro não digital para cada unidade (GAT). • Etiquetar tomada com aviso “Não Desligar” para cada unidade (cada unidade do GAT). 	X	X	X
Ponto 4					
	Equipamentos e medicamentos necessários para o tratamento da anafilaxia				
	1. Mala de urgência conforme circulares normativas da DGS: - As ampolas de adrenalina estão expiradas e faltam ampolas de água destilada e soro fisiológico no Espaço Intendente.	• Repor o material em falta (Espaço Intendente).		X	
Ponto 5					
	Recursos humanos				
	1. Arquivo de orientações técnicas da DGS: - Não existe arquivo com orientações técnicas da DGS em nenhuma das	• Criar pasta documentos para o ambiente de trabalho (cada unidade do GAT / Ricardo Ferreira).	X	X	X

	unidades do GAT.				
	2. Arquivo dos RCM das vacinas inoculadas: - Não existe arquivo dos RCM em nenhuma das unidades do GAT.	<ul style="list-style-type: none"> • Criar pasta com documentos para o ambiente de trabalho (cada unidade do GAT / Ricardo Ferreira). 	X	X	X
	3. Impressão manual Rede de Frio DGS: - Não existe em nenhuma das unidades do GAT.	<ul style="list-style-type: none"> • Imprimir no GAT (cada unidade). 	X	X	X
Ponto 7					
	Gestão de vacinas				
	1. Procedimento escrito sobre o controlo de prazo de validade: - Não existe procedimento escrito sobre o controlo de prazo de validade em nenhuma unidade do GAT.	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar procedimento do ACES LC (cada unidade do GAT / Ricardo Ferreira). 	X	X	X
Ponto 8					
	Farmacovigilância				
	1. Existem impressos RAM: - Não existem impressos para notificação de RAM em nenhuma das unidades do GAT.	<ul style="list-style-type: none"> • Imprimir no GAT (cada unidade do GAT). 	X	X	X
Ponto 9					
	Procedimentos de boas práticas				
	1. Evidência de que o enfermeiro informa sobre a necessidade de permanência nas instalações durante 30 minutos após a administração: - Não existe esta indicação em nenhuma unidade do GAT.	<ul style="list-style-type: none"> • Criar aviso para a sala de espera (GAT). 	X	X	X
	2. Procedimentos de anafilaxia afixados: - Não estão afixados os procedimentos de anafilaxia no Espaço Intendente e no In Mouraria.	<ul style="list-style-type: none"> • Imprimir e afixar (Espaço Intendente e In Mouraria). 		X	X
Ponto 10					

	Horário de vacinação				
	Nada a registar.				
Ponto 11					
	Gestão do programa				
	Nada a registar.				
Ponto 12					
	Vacinação internacional				
	1. Evidência escrita sobre os locais disponíveis para vacinação internacional: - Não existe em nenhuma das unidades do GAT.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar local online onde a informação está atualizada e criar atalho no ambiente de trabalho (cada unidade do GAT / Ricardo Ferreira). • Identificar locais disponíveis para vacinação internacional e disponibilizar informação para o GAT (Ricardo Ferreira). 	X	X	X

**Apêndice VI: Apresentação do Projeto de estágio aos
colaboradores do GAT**

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Comunitária

- Unidade Curricular Opção II -

Temática proposta para o Projeto

Acessibilidade aos serviços de saúde de pessoas e grupos
vulneráveis para a realização da imunização à hepatite b

Docente: Maria Lourdes Gil Patrício Varandas Costa
Discente: Ricardo Alexandre Sousa Ferreira
Enfermeiro Orientador: Miguel Rocha

Lisboa, Julho de 2019

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Opção II

Área temática a desenvolver no projeto

Vacinação, Hepatite b!

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Opção II

Objetivo Geral do Projeto

- Contribuir para o aumento da acessibilidade, de pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a imunização à hepatite b

Objetivos Específicos

- Avaliar os conhecimentos da pessoa face ao vírus da Hepatite b
- Avaliar os conhecimentos da pessoa sobre a importância do rastreio e vacinação para a hepatite b
- Identificar fatores de risco que possam contribuir para a transmissão do vírus da hepatite b
- Identificar as barreiras para a pessoa no acesso à vacinação

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Opção II

Local de Estágio

GAT, Grupo de Ativistas em Tratamentos:

- In-Mouraria
- Espaço Intendente
- CheckpointLX
- Move-se
- Unidade Móvel de Consumo Vigiado

Enfermeiro Orientador: Miguel Rocha

GAT
Grupo de Ativistas
em Tratamentos
Membro da Coligação
Internacional Sida
plus

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Opção II

Justificação da área de Projeto – Hepatites Virais

- Globalmente, em 2015, estimava-se que 257 milhões de pessoas viviam com infeção crónica por Vírus de hepatite b (VHB) (WHO, 2017).
- A hepatite viral causou 1,34 milhões de mortes em 2015, um número comparado às mortes por tuberculose e mais elevadas do que as causadas pelo Vírus da imunodeficiência humana (VIH) (WHO, 2017),
- O número de mortes por hepatite viral está a aumentar ao longo do tempo, enquanto a mortalidade causada por tuberculose e VIH está em declínio (WHO, 2017).

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Opção II

Justificação da área de Projeto – Acesso aos serviços de saúde para pessoas com vulnerabilidade

- Vulnerabilidade é a predisposição para sofrer danos devido a eventos externos (WHO, 1999).
- Considera que vulnerabilidade está relacionada com suscetibilidade (exposição ao perigo), e resiliência (adaptabilidade e capacidade de recuperação), ou seja, a vulnerabilidade aumenta com o aumento da suscetibilidade e com a diminuição da resiliência (WHO, 1999).

```

graph TD
    FR[Fatores de Risco] --> R[RISCO Probabilidade]
    FP[Fatores de Proteção] --> R
    R --> V[VULNERABILIDADE Capacidades para Enfrentar o Risco]
    V --> FI[Fatores individuais]
    V --> FC[Fatores contextuais]
  
```

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Unidade Curricular Opção II

Justificação da área de Projeto – Acesso aos serviços de saúde para pessoas com vulnerabilidade

- Vulnerabilidade é o grau em que uma população, indivíduo ou organização é incapaz de se antecipar, enfrentar, resistir e se recuperar dos impactos de desastres (WHO, 2019).
- São exemplo de populações vulneráveis aquelas que incluem populações rurais remotas e pobres urbanos, crianças afetadas por secas e conflitos, pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e em risco de tuberculose, pessoas com deficiências físicas, trabalhadores migrantes sem documentos e minorias de género (WHO, 2019).

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Unidade Curricular Opção II

Justificação da área de Projeto – Acesso aos serviços de saúde para pessoas com vulnerabilidade

QUEM É VULNERÁVEL?	A QUE?	PORQUE?
Pobres; Trabalhadores informais; Excluídos socialmente; Mulheres; Pessoas com Deficiência; Migrantes; Minorias; Crianças; Idosos; Jovens; Comunidades; Regiões	Choques económicos; Epidemias; Desastres naturais; Mudanças climáticas; Acidentes industriais; Conflitos; Agitações civis	Capacidades limitadas; Posicionamento social desfavorável; Períodos sensíveis no ciclo de vida; Baixa coesão social; Instituições com baixo desempenho; Governança fraca

MAIOR NÍVEL DE CAPACIDADES E OPORTUNIDADES
MENOR VULNERABILIDADE ANTE ACONTECIMENTOS ADVERSOS

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Unidade Curricular Opção II

Justificação da área de Projeto – Acesso aos serviços de saúde para pessoas com vulnerabilidade

Pessoas vulneráveis estão mais suscetíveis de encontrar barreiras que dificultem o seu acesso aos cuidados de saúde.

- As barreiras são entendidas como os fatores que impedem a população de utilizar adequadamente um serviço de saúde, diminuindo a cobertura efetiva de um serviço de saúde, e chama a atenção para quatro tipos de barreiras ao acesso: física, financeira, informação e discriminação (WHO, 2017).
- Equidade é a ausência de diferenças evitáveis, injustas ou remediáveis entre grupos de pessoas, sejam esses grupos definidos social, economicamente, demograficamente ou geograficamente, ou por outros meios de estratificação (WHO, 2017).

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Unidade Curricular Opção II

Justificação da área de Projeto – Acesso aos serviços de saúde para pessoas com vulnerabilidade

- As desigualdades em saúde estão fortemente associadas a determinantes sociais: nível socioeconómico e educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde (DGS, 2013).
- Existe um gradiente social em saúde, em que, quanto mais baixa for a posição das pessoas no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem o potencial individual de saúde (DGS, 2013).
- A equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento de um país (DGS, 2013).

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Unidade Curricular Opção II

Justificação da área de Projeto – Acesso aos serviços de saúde para pessoas com vulnerabilidade

- A eliminação da hepatite será possível se os países seguirem uma abordagem de saúde pública que fortalece os sistemas de saúde e reduz as desigualdades (WHO, 2017).
- Os serviços de hepatite devem ser priorizados para as populações com maior incidência, prevalência e / ou vulnerabilidade, e adaptadas às necessidades específicas (WHO, 2017).

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Unidade Curricular Opção II

Pertinência da intervenção

A DGS tem como visão interromper a transmissão do vírus da hepatite b em Portugal, garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde e eliminar a hepatite b em 2030, enquanto problema de saúde pública (DGS, 2017).

ESEL Unidade Curricular Opção II

Justificação do modelo de intervenção – MPS

- O objetivos gerais do Modelo de Promoção de Saúde (MPS) são ajudar pessoas de todas as idades a permanecerem saudáveis, a otimizar a saúde na presença de doenças crónicas ou incapacidades e a criar ambientes saudáveis para se viver.

ESEL Unidade Curricular Opção II

Justificação do modelo de intervenção – MPS

- Nola Pender apresenta no seu MPS três componentes:
 1. as características e experiências individuais;
 2. os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar
 3. o comportamento de promoção da saúde desejável (Pender, 2011).

ESEL Unidade Curricular Opção II

Justificação do modelo de intervenção – MPS e as Populações Vulneráveis

- O MPS diz o que é vulnerabilidade.
- O MPS diz quem são as pessoas vulneráveis.
- O MPS aborda as barreiras de acesso aos serviços de saúde.
- O MPS aborda a importância da equidade.

ESEL Unidade Curricular Opção II


Entrevista Exploratória

1. Em que consistem os rastreios realizados no GAT?
2. Qual o aconselhamento que fazem?
3. Podem mostrar como se realiza e em que consiste o rastreio de hepatite B?
4. É frequente, tendo critério para realizar o rastreio AgHBs, ser recusado?
5. É frequente, tendo rastreio reativo, recusar referenciação para tratamento?
6. Qual a aceitação para referenciação para realizar vacinação com a VHB (tendo critério)?
7. Qual a perceção que têm da adesão à vacinação com a VHB (tendo apresentado critério)? (qual a perceção do encaminhamento para o SNS?)
8. Qual a perceção daquilo que podem ser as barreiras que possam estar a impedir a acessibilidade à vacinação com a VHB?
9. Qual a perceção que têm da aceitação ao questionário?
10. É frequente recusarem o questionário?
11. Se o recusam, e por isso, preencherem o questionário de recusa, ainda assim fazem os rastreios?

ESEL Unidade Curricular Opção II

Metodologia do Projeto - Planeamento em Saúde

- I – Diagnóstico da Situação
- II – Definição de Prioridades
- III – Fixação de Objetivos
- IV – Seleção de Estratégias
- V – Preparação Operacional
- VI – Avaliação




ESEL Unidade Curricular Opção II

Diagnóstico da Situação – Instrumento de colheita de dados

Questionário da Rede de Rastreio Comunitária adaptado:

1. Dados identificativos
2. Rastreio atual
3. História de rastreios
4. Fatores de risco
5. Consumo de drogas e partilha de material
6. Situação perante o tema violência
7. Caracterização social e habilitações literárias
8. Rastreio


Unidade Curricular Opção II

Diagnóstico da Situação – Instrumento de colheita de dados

Questionário complementar ao questionário da Rede de Rastreio Comunitária adaptado, baseado nos pressupostos e preposições teóricas do Modelo de intervenção de Enfermagem de Nola Pender:


1. Caracterização
2. Conhecimentos sobre a doença da hepatite b
3. Conhecimento sobre vacinas
4. Barreiras para a ação
5. Comportamento

Realização de um Pré-teste!

Unidade Curricular Opção II


Diagnóstico da Situação – Instrumento de colheita de dados

Para a validação do questionário complementar procedeu-se à aplicação do pré-teste, aplicado a utentes com características semelhantes à população alvo, e realizaram-se as alterações necessárias para melhorar o instrumento, no sentido de o tornar mais perceptível aos utentes.

Unidade Curricular Opção II

Aspetos Éticos


- Pedida autorização para realizar estágio / Projeto;
- Pedido à Rede de Rastreio Comunitária para poder aceder aos dados da população que realizou rastreio ao AgHBs e tem critério para realizar imunização para a hepatite b;
- Consentimento informado para participação no Projeto.

Unidade Curricular Opção II

Dúvida

Onde realizar Estágio no 3º semestre:

- USP / UCSP no ACES Lisboa Central;
- GAT;


Unidade Curricular Opção II

Decisão

Critérios:

- Maior acessibilidade e menores barreiras para estas populações vulneráveis;
- Rapidez;
- Diminuição da burocracia;
- Confiança destas pessoas (em quem confiam e quem conhecem?).

GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos

Unidade Curricular Opção II

Operacionalização

- A USP do ACES LC irá disponibilizar vacinas contra a hepatite b ao GAT no âmbito deste Projeto / Estágio.
- Simultaneamente iremos procurar que seja criado um protocolo / acordo entre a ARSLVT e o GAT para que sejam disponibilizadas as vacinas.

Referências Bibliográficas

[illegible]

Referências Bibliográficas

[illegible]

Obrigado!

Apêndice VII: Enquadramento teórico da entrevista exploratória

ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

Segundo o Manual de Investigação em Ciências Sociais de Quivy & Campenhoudt (2005), as “entrevistas exploratórias devem ajudar a constituir a problemática de investigação” (p. 69), pelo que “visa economizar perdas inúteis de energia e de tempo na leitura, na construção de hipóteses e na observação” (p. 69), tendo como principal função “revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo” (p. 69). Os mesmos autores referem que é “essencial que a entrevista decorra de uma forma muito aberta e flexível e que o investigador evite fazer perguntas demasiado numerosas e demasiado precisas” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 69-70), sendo que “os métodos muito formais e estruturados, como os inquéritos por questionários ou certas técnicas sofisticadas de análise de conteúdo, não são adequados ao trabalho exploratório” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 69-70), para que seja possível “encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho, e não para verificar hipóteses pré estabelecidas” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 69-70), tratando-se portanto “de abrir o espírito, de ouvir, e não fazer perguntas precisas, de descobrir novas maneiras de colocar o problema, e não de testar a validade dos nossos esquemas” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 69-70).

Para Quivy & Campenhoudt (2005), existem três categorias de pessoas que podem ser interlocutores válidos: a primeira categoria de interlocutores são “docentes, investigadores especializados e peritos no domínio de investigação implicado pela pergunta de partida” (p. 70); a segunda categoria de interlocutores recomendados para as entrevistas exploratórias é a das testemunhas privilegiadas, tratando-se de “pessoas que, pela sua posição, acção ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema” (p. 70), podendo “pertencer ao público sobre que incide o estudo ou ser-lhe exteriores, mas muito relacionadas com esse público” (p. 70); a terceira categoria de interlocutores úteis são “os que constituem o público a que o estudo diz directamente respeito” (p. 71).

Quanto aos principais traços de uma entrevista exploratória, Quivy & Campenhoudt (2005) sugerem várias atitudes facilitadoras, indicando que “o entrevistador deve esforçar-se por fazer o menor número possível de perguntas” (p. 74), nem deve “temer-se os silêncios” (p. 75), pois podem permitir ao entrevistado

“reflectir mais calmamente, reunir as suas recordações e, sobretudo, aperceber-se de que dispõe de uma importante margem de liberdade” (p. 75), e deve procurar “abster-se de se implicar no conteúdo da entrevista, nomeadamente envolvendo-se em debates de ideias ou tomando posição sobre afirmações do entrevistado” (p. 76). Os mesmos autores referem que “é preciso procurar que a entrevista se desenrole num ambiente e num contexto adequados” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 76), acrescentado que “é inútil esperar uma entrevista aprofundada e autêntica se esta se desenrolar na presença de outras pessoas, num ambiente barulhento e desconfortável, onde o telefone toca todos os cinco minutos, ou ainda quando o entrevistado está sempre a consultar o relógio para não faltar a outro encontro” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 76), e alertam para a importância de evitar estar a tomar notas sistematicamente durante a entrevista, porque “distraem não só o entrevistador, como o entrevistado” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 77). Neste sentido, foi realizado um guião com um conjunto de perguntas exploratórias para realizar a colaboradores do GAT nas diferentes unidades onde se realizam rastreios: MOVE-SE; CheckpointLX; In-Mouraria; e Espaço Intendente. O guião de perguntas apresenta um número reduzido de perguntas, mas essencialmente abertas para permitir que os entrevistados pudessem expressar-se livremente.

Apêndice VIII: Guião da entrevista e a transcrição das entrevistas

GUIÃO DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

1. Em que consistem os rastreios realizados no GAT?
2. Qual o aconselhamento que fazem?
3. Podem mostrar como se realiza e em que consiste o rastreio de hepatite B?
4. É frequente, tendo critério para realizar o rastreio AgHBs, ser recusado?
5. É frequente, tendo rastreio reativo, recusar referenciação para tratamento?
6. Qual a aceitação para referenciação para realizar vacinação contra o VHB (tendo critério)?
7. Qual a perceção que têm da adesão à vacinação contra o VHB (tendo apresentado critério)? (qual a perceção do encaminhamento para o SNS?)
8. Qual a perceção daquilo que podem ser as barreiras que possam estar a impedir a acessibilidade à vacinação contra o VHB?
9. Qual a perceção que têm da aceitação ao questionário?
10. É frequente recusarem o questionário?
11. Se o recusam, e por isso, preencherem o questionário de recusa, ainda assim fazem os rastreios?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevista 1

1. Em que consistem os rastreios realizados no GAT?

Os rastreios são testes que se fazem a pessoas que nos procuram no Move-se, ou que nós convidamos, para perceber se estão infetadas com alguns dos vírus que rastreamos. Os rastreios são dirigidos para migrantes, pessoas que usam drogas, homens que têm sexo com homens e trabalhadores do sexo na Península de Setúbal. No entanto, a maioria das pessoas rastreadas são imigrantes em situação de vulnerabilidade e com poucos recursos económicos.

2. Qual o aconselhamento que fazem?

Se o rastreio é não reativo e a pessoa apresenta comportamentos sexuais de risco, sugerimos a utilização de materiais barreira, o PrEP ou a profilaxia pós-exposição que são medicamentos anti-retrovirais para o VIH. Mas se... apresentar comportamentos de risco com consumos de drogas injetáveis sugerimos a utilização de um Kit que temos disponível para oferecer. Por outro lado, se o rastreio é reativo, realizamos o encaminhamento necessário, para os hospitais de referência ou para o hospital que for mais conveniente à pessoa.

3. Podem mostrar como se realiza e em que consiste o rastreio de hepatite B?

(esta pergunta não se aplicou em contexto de entrevista que foi realizada na sede do GAT, no entanto foi observado posteriormente aquando da visita à unidade móvel, bem como a aplicação do questionário)

4. É frequente, tendo critério para realizar o rastreio AgHBs, ser recusado?

Não, raramente é recusado, apesar de ser uma possibilidade.

5. É frequente, tendo rastreio reativo, recusar referência para tratamento?

É também uma situação rara, porque normalmente aceitam a nossa referência. Para além disso, O GAT tem pessoas que acompanham o rastreado aos serviços necessários. As pessoas com rastreio reativo ao AgHBs são encaminhadas para um hospital de referência, na maioria das vezes para o Hospital Garcia da Orta, ou então para um hospital escolhido

pela pessoa. Têm ainda possibilidade em aceder às consultas médicas que se realizam no Espaço Intendente

6. Qual a aceitação para referenciação para realizar vacinação contra o VHB (tendo critério)?

Quando existe indicação para realizar a vacinação, são encaminhados para o centro de saúde onde se encontram inscritos. Normalmente as pessoas aceitam a referenciação, mas nem sempre conseguimos perceber se a pessoa realizou a vacinação. Todos os dias fazemos rastreios para a hepatite b, pelas características da nossa população, mas pelas características da nossa unidade, nunca conseguimos perceber se a pessoa foi realmente fazer a vacina.

7. Qual a perceção que têm da adesão à vacinação contra o VHB (tendo apresentado critério)? (qual a perceção do encaminhamento para o SNS?)

(o entrevistado respondeu a esta pergunta na resposta anterior)

8. Qual a perceção daquilo que podem ser as barreiras que possam estar a impedir a acessibilidade à vacinação contra o VHB?

A maioria das pessoas que rastreamos são essencialmente imigrantes e que conhecem muito pouco a doença. Muitas delas referem-se à hepatite como sendo a “tricia”, talvez relacionado com a palavra icterícia. Sendo imigrantes, muitas vezes encontram-se ilegais e têm medo de ser repatriados, ou não conhecem o funcionamento dos serviços de saúde existentes, o que faz com que acabem por nunca ir aos centros de saúde.

9. Qual a perceção que têm da aceitação ao questionário?

O questionário é quase sempre aceite, apesar haver a possibilidade de ser recusado. Nesta unidade são seleccionadas apenas partes do questionário dirigidas à sua população alvo, dado que nem sempre é necessário a aplicação da totalidade do questionário.

10. É frequente recusarem o questionário?

(o entrevistado respondeu a esta pergunta na resposta anterior)

11. Se o recusam, e por isso, preencherem o questionário de recusa, ainda assim fazem os rastreios?

A pessoa tem direito aos rastreios mesmo que recuse preencher o questionário...

Entrevista 2

1. Em que consistem os rastreios realizados no GAT?

São testes em que se colhe um pouco de sangue de um dedo, para se perceber se a pessoa está infetada com alguma das 4 doenças que rastreamos, ou seja, VIH, sífilis, hepatite b e c. Aqui, no CheckpointLX, os rastreios são realizados a homens que têm sexo com homens. Esta característica está relacionada com a nossa localização, ou seja, como a unidade encontra-se situada nesta zona da cidade, junto ao Príncipe Real, procura-se que se dê resposta a este grupo populacional.

2. Qual o aconselhamento que fazem?

Aconselhamos a fazer o PrEP ou a profilaxia pós-exposição dependendo se existe a possibilidade de vir a ter comportamentos sexuais de risco ou se já teve comportamentos sexuais de risco.

3. Podem mostrar como se realiza e em que consiste o rastreio de hepatite B?

(esta pergunta não se aplicou em contexto de entrevista)

4. É frequente, tendo critério para realizar o rastreio AgHBs, ser recusado?

Apesar de ser um rastreio pouco frequente aqui, porque só se realizam mais ou menos 2 rastreios por semana para a hepatite b, raramente é recusado.

5. É frequente, tendo rastreio reativo, recusar referenciação para tratamento?

Não...

6. Qual a aceitação para referenciação para realizar vacinação contra o VHB (tendo critério)?

A ideia que tenho é que é bem aceite. Quando existe critério para realizar a vacina da hepatite b, nós pedimos aos nossos médicos para prescreverem a vacina e as pessoas vão comprar a vacina à farmácia. Na maioria das vezes vêm fazer a vacina aqui.

7. Qual a perceção que têm da adesão à vacinação contra o VHB (tendo apresentado critério)? (qual a perceção do encaminhamento para o SNS?)

Quando percebemos que a pessoa tem critério para realizar vacinação pedimos a um médico do GAT para prescrever a vacina e a pessoa vai

comprar à farmácia. Na maioria das vezes fazem a vacina aqui, logo não precisam de ir ao centro de saúde. E a adesão à vacina, penso que é bastante boa.

8. Qual a perceção daquilo que podem ser as barreiras que possam estar a impedir a acessibilidade à vacinação contra o VHB?

Esse problema não se coloca aqui. Mas se não comprassem a vacina na farmácia acredito que pudesse ser mais difícil ir ao centro de saúde fazer a vacina. Não sei quais seriam os problemas... talvez porque não quisessem perder tempo no centro de saúde... mas penso que se estivesse disponível nesta unidade iria ser ainda mais fácil acederem à vacina.

9. Qual a perceção que têm da aceitação ao questionário?

Todos aceitam responder ao questionário.

10. É frequente recusarem o questionário?

(o entrevistado respondeu a esta pergunta na resposta anterior)

11. Se o recusam, e por isso, preencherem o questionário de recusa, ainda assim fazem os rastreios?

Sim, fazemos sempre todos os rastreios indicados para cada pessoa. A decisão de se fazer um ou outro rastreio está relacionado com critérios que vão sendo respondidos ao longo do questionário.

Entrevista 3

1. Em que consistem os rastreios realizados no GAT?

Os rastreios são testes que se fazem ao sangue através da colheita de sangue capilar e que é aplicado nos dispositivos de rastreio. Algum tempo depois visualizamos o resultado no dispositivo. Este rastreio é dirigido para pessoas que usam drogas, mas nada nos impede de realizar rastreios a outras pessoas. Mas como o In Mouraria encontra-se situado nesta zona da cidade, procura-se que se dê resposta a este grupo populacional pela nossa localização.

2. Qual o aconselhamento que fazem?

O aconselhamento que aqui fazemos é essencialmente de prevenção para a transmissão de doenças com a partilha de materiais contaminados para o consumo de drogas. Nestas situações temos um Kit com materiais para poderem realizar os seus consumos. Quando necessário sugerimos que façam o PrEP ou a profilaxia pós-exposição dependendo da situação.

3. Podem mostrar como se realiza e em que consiste o rastreio de hepatite B?

(esta pergunta não se aplicou em contexto de entrevista)

4. É frequente, tendo critério para realizar o rastreio AgHBs, ser recusado?

Não... normalmente não é recusado, mas sabem que podem recusar fazer o rastreio. Para ganharmos a confiança dos nossos utentes temos de arranjar várias estratégias. Quando conseguimos a confiança deles normalmente aceitam as nossas sugestões. E também porque são os próprios rastreados que acedem a este serviço e solicitam o rastreio.

5. É frequente, tendo rastreio reativo, recusar referenciação para tratamento?

Tal como disse antes, quando confiam é nós, mais facilmente conseguimos que aceitem as nossas sugestões, e por isso, se são referenciados para um tratamento, normalmente aceitam o que lhes dizemos. Ainda assim, o GAT tem colaboradores que asseguram e se disponibilizam para acompanhar a pessoa aos serviços necessários.

6. Qual a aceitação para referenciação para realizar vacinação contra o VHB (tendo critério)?

Para fazer a vacina da hepatite b arranjamos uma estratégia com um centro de saúde aqui perto. Temos um protocolo em que nos dão 5 vagas por mês para os nossos utentes irem lá fazer a vacina da hepatite b. Estas 5 vagas são pouco para as nossas necessidades, tendo em conta que fazemos uma média de 20 rastreios por mês, mas ainda assim é muito bom.

7. Qual a perceção que têm da adesão à vacinação contra o VHB (tendo apresentado critério)? (qual a perceção do encaminhamento para o SNS?)

Como temos as 5 vagas por mês nesse centro de saúde, e como os nossos utentes têm uma marcação e são logo atendidos, penso que o encaminhamento corre bem e eles acabam por também aderir bem à vacinação.

8. Qual a perceção daquilo que podem ser as barreiras que possam estar a impedir a acessibilidade à vacinação contra o VHB?

Felizmente existe este protocolo entre este centro de saúde e o nosso serviço, caso contrário eu acho que não ia ser fácil aderirem à vacinação contra a hepatite b, porque normalmente não têm muita facilidade em esperar. Acho que chegavam lá e se vissem que ia demorar acabavam por se ir embora. Se a vacina estivesse disponível aqui, acho que a adesão ainda seria maior, porque por vezes alguns faltam à marcação no centro de saúde.

9. Qual a perceção que têm da aceitação ao questionário?

Como são seleccionadas apenas algumas partes do questionário, e que são dirigidas à sua população alvo, em geral aceitam bem responder ao questionário.

10. É frequente recusarem o questionário?

Não!

11. Se o recusam, e por isso, preencherem o questionário de recusa, ainda assim fazem os rastreios?

Todos os utentes têm direito a fazer os rastreios, mas normalmente não recusam responder ao questionário.

Entrevista 4

1. Em que consistem os rastreios realizados no GAT?

Os rastreios consistem na realização de testes de sangue capilar para perceber se a pessoa é reativa ao VIH, sífilis, e hepatite b e c. Este é realizado essencialmente a pessoas trans, migrantes, e trabalhadoras do sexo, aqui no Espaço Intendente.

2. Qual o aconselhamento que fazem?

Sugerimos frequentemente a utilização do preservativo.

3. Podem mostrar como se realiza e em que consiste o rastreio de hepatite B?

(esta pergunta não se aplicou em contexto de entrevista)

4. É frequente, tendo critério para realizar o rastreio AgHBs, ser recusado?

Na maioria das situações não é recusado nem o rastreio para a hepatite b, nem para nenhum dos outros, dado que são as próprias pessoas que acedem a este serviço e solicitam os rastreios.

5. É frequente, tendo rastreio reativo, recusar referenciação para tratamento?

Não... Quando é necessário encaminhamos para o hospital de referência, ou para o hospital de preferência da pessoa.

6. Qual a aceitação para referenciação para realizar vacinação contra o VHB (tendo critério)?

As pessoas que recorrem a nós aceitam a referenciação, quando referenciamos, mas sinto que a nossa equipa não está a referenciar todas as situações, ou seja, acho que devíamos referenciar mais vezes, mas a verdade é que temos que estar atentos a tantos aspetos que muitas vezes acabamos por nos esquecer de referenciar para realizar a vacinação contra a hepatite b. Ainda por cima, porque é uma situação que acontece com frequência tendo em conta as características da nossa população, isto porque fazemos cerca de 30 rastreios para a hepatite b por mês.

7. Qual a perceção que têm da adesão à vacinação contra o VHB (tendo apresentado critério)? (qual a perceção do encaminhamento para o SNS?)

Quando encaminhamos temos a perceção de as pessoas aderem à vacina, mas reconheço que não encaminhamos todas as situações. Apenas temos a certeza de que fizeram a vacina aquelas pessoas que são aqui seguidas com frequência.

8. Qual a perceção daquilo que podem ser as barreiras que possam estar a impedir a acessibilidade à vacinação contra o VHB?

Penso que as pessoas que acedem aos nossos serviços vêm aqui porque confiam em nós, e sentimos também que algumas das pessoas sentem dificuldade em ir ao seu centro de saúde por medo de serem reconhecidas, principalmente as trabalhadoras do sexo. Acho que seria mais fácil se a vacina estivesse disponível nos nossos serviços, mesmo porque estas pessoas têm poucos recursos económicos.

9. Qual a perceção que têm da aceitação ao questionário?

Na maioria das situações, ou mesmo na totalidade das situações, todos aceitam responder ao questionário.

10. É frequente recusarem o questionário?

Não...

11. Se o recusam, e por isso, preencherem o questionário de recusa, ainda assim fazem os rastreios?

Sim, fazemos sempre o rastreio. Por exemplo, a pessoa pode chegar e sentar-se e decidir não falar, mas fazemos sempre os rastreios. A prioridade é permitir a acessibilidade ao rastreio pretendido, no entanto, pretende-se que também seja respondido ao questionário.

Apêndice IX: Enquadramento teórico da análise de conteúdo

ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Segundo E. Berelson (1954), citado por Bardin (2015), “análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (p. 20).

Segundo (Bardin, 2015) “enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objectivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação” (p. 47).

Tal como refere Bardin (2015) “tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto” (p. 129), e acrescenta que esta transformação “que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão; suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2015, p. 129).

Neste sentido, a análise de conteúdo consiste no “cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência.” (Bardin, 2015, p.11), apresentando-se como um esforço de interpretação que oscila entre a objetividade e a subjetividade (Bardin, 2015).

Apêndice X: Questionário

Que barreiras no acesso à vacina contra a hepatite B prevêem acontecerem?

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira validar o seu consentimento.

No âmbito de um projeto de intervenção comunitária chamado “Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b”, com a finalidade de contribuir para o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde de pessoas e grupos vulneráveis para a realização da imunização à hepatite b que recorreram ao GAT (Grupo de Ativistas em Tratamentos) para realizar rastreio ao antígeno de superfície do vírus da hepatite b (AgHBs).

Pretende-se colher dados, sobre os seus conhecimentos sobre a doença da hepatite b e a importância da vacinação como forma de a prevenir, através de um questionário.

Estes dados serão tratados pelo Enfermeiro Ricardo Ferreira, a frequentar o 10º Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), orientado pela Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas da ESEL e pelo Enfermeiro Miguel Rocha do GAT.

Todos os dados serão recolhidos sob garantia de confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, sendo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade. Para podermos dar continuidade a este estudo será necessário que nos faculte um contacto (telefone ou email), para podermos agendar a realização da vacinação, que será gratuita. Com a participação neste projeto poderá ter como possíveis benefícios, aumentar os conhecimentos sobre a hepatite b e as complicações da doença, assim como a importância da vacinação, como forma de prevenção da hepatite b, tanto para o próprio como para a comunidade em que se insere, e ficar protegido contra o vírus da hepatite b através da vacinação, não se esperando que haja riscos pela sua participação. A participação no projeto é de livre vontade, sem quaisquer constrangimentos caso se recuse a participar.

Grato pela sua participação.

Ricardo Ferreira, ricardoasferreira@campus.esel.pt

***Obrigatório**

1. Declaro ter lido e compreendido este consentimento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Consinto
☐ Não consinto

2. Qual é a sua data de nascimento? *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Qual foi o sexo que lhe atribuíram à nascença? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Masculino
☐ Feminino
☐ Outro

4. Qual a sua identidade de género? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Homem
☐ Mulher
☐ Transgénero (MTF)
☐ Transgénero (FTM)
☐ Prefiro não dizer
☐ Outra: _____

5. Qual é o seu estado civil? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Divorciado(a)

6. Qual é o maior nível de escolaridade completo que tem? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nenhum
- ☐ 1º Ciclo do ensino básico (4º ano)
- ☐ 2º Ciclo do ensino básico ou inferior (6º ano)
- ☐ 3º Ciclo do ensino (9º ano)
- ☐ Ensino secundário via prosseguimento de estudos (12º ano)
- ☐ Ensino secundário com estágio profissional (mínimo de 6 meses) (12º ano profissional)
- ☐ Ensino pós secundário não superior (CET – curso de especialização tecnológica)
- ☐ Bacharelato/Licenciatura
- ☐ Mestrado ou Doutoramento

7. Qual é a sua profissão atual? *

8. Em que país é que nasceu? *

9. Qual é a sua nacionalidade? *

10. Em que ano chegou a Portugal (pela primeira vez)? *

Se não se aplica escreva 0.

11. Sabe o que é a doença da hepatite B? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

12. Conhece os sinais/sintomas da doença da hepatite B? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim *Avançar para a pergunta 13*

☐ Não *Avançar para a pergunta 14*

13. Assinale os sinais/sintomas que conhece. *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Náuseas

☐ Olhos vermelhos

☐ Dores de estômago

☐ Febre

☐ Tonturas

14. Conhece as vias de transmissão da doença? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim *Avançar para a pergunta 15*

☐ Não *Avançar para a pergunta 16*

15. Assinale os meios de transmissão que conhece. *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Espirros
- ☐ Via sexual
- ☐ Comida
- ☐ Sangue
- ☐ Mosquitos

16. Sabe quais as complicações da doença? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim *Avançar para a pergunta 17*
- ☐ Não *Avançar para a pergunta 18*

Secção sem título

17. Assinale as complicações que conhece. *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Cegueira
- ☐ Pneumonia
- ☐ Reumatismo
- ☐ Cirrose hepática
- ☐ Cancro do fígado

18. Já teve a doença da hepatite B? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

19. Conhece alguém que tenha tido a doença da hepatite B? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

20. Alguma vez teve de tomar precauções para evitar a doença da hepatite B? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

21. Considera a hepatite B uma doença grave? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

22. A doença da hepatite B pode envolver risco de morte? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

23. Já ouviu falar da vacina VHB (vacina anti hepatite B)? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

24. Sabe se a vacina VHB pode ser administrada tanto a crianças como a adultos? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

25. Foi contactada/o por algum serviço de saúde para o informar sobre a vacina anti hepatite B nos últimos 3 anos? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim Avançar para a pergunta 26
- ☐ Não Avançar para a pergunta 29

26. Foi informado/a por quem? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Administrativo
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Técnico de rastreio
- ☐ Outro, qual _____

27. De que modo lhe foi transmitida a informação sobre a hepatite B e a vacina? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Informação individual
- ☐ Informação em grupo
- ☐ Folhetos
- ☐ Cartazes
- ☐ Outro, qual _____

28. Como classifica os meios usados para lhe transmitir a Informação sobre a vacina e a doença da hepatite B *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito adequada
- ☐ Adequada
- ☐ Pouco adequada
- ☐ Nada adequada
- ☐ Inadequada

29. Considera a administração de vacinas um método eficaz? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

30. Considera a administração de vacinas, um método seguro? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

31. Que barreiras identifica para aceder à vacina contra a hepatite B? *

Assinale todas as que se aplicarem.

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Considero que a vacina não é eficaz para prevenir a hepatite B
- ☐ Considero que pessoas saudáveis não precisam de fazer esta vacina
- ☐ Já tinha sido informado(a), mas na altura não percebi que era recomendado fazer a vacina
- ☐ Fiz uma primeira dose, mas não me disseram quando deveria fazer a próxima dose da vacina
- ☐ Considero que a vacina pode piorar as minhas condições atuais de saúde
- ☐ Considero que as vacinas apenas estão indicadas para as crianças
- ☐ Considero que a vacina poderia interagir com medicamentos que estou a tomar
- ☐ Considero que a vacina apenas está indicada para algumas pessoas e não para mim
- ☐ Já fui ao centro de saúde e informaram-me que não me podiam dar a vacina
- ☐ Considero que apenas preciso da vacina se tiver comportamentos de risco
- ☐ A vacina só está disponível nos centros de saúde e preferia ser atendida(o) noutro local
- ☐ Estou preocupada(o) com os efeitos secundários da vacina
- ☐ Necessito que me contatem para me recordar da altura certa para fazer a vacina
- ☐ Tenho medo de agulhas
- ☐ Não sei onde me dirigir para fazer a vacina
- ☐ Mudo de centro de saúde frequentemente
- ☐ Já tinha sido informado(a), mas na altura não realizei a vacina porque estava doente, e achei que não seria tão eficaz
- ☐ Já tinha sido informado(a), mas na altura não tive disponibilidade para ir ao centro de saúde fazer a vacina
- ☐ Já fui ao centro de saúde e informaram-me que não valia a pena fazer a vacina
- ☐ Já fui ao centro de saúde e informaram-me que vacina não estava disponível
- ☐ Não estou legal no país e não tenho os documentos necessários para ser atendido no centro de saúde
- ☐ Não estou legal no país e tenho receio de ser repatriado(a)
- ☐ Não tenho disponibilidade para esperar muito tempo no centro de saúde para fazer a vacina
- ☐ Já fui ao centro de saúde, mas senti-me discriminado e por isso não quero voltar
- ☐ Não tenho conhecimento se posso fazer a vacina de forma gratuita
- ☐ Já tinha sido informado(a), mas na altura não realizei a vacina porque é cara

32. Que outros motivos considera serem dificultadores no acesso à vacina contra a hepatite B?

33. Sabe se está vacinado/a anti hepatite B? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

34. Caso não esteja, aceitaria ser vacinado/a? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

35. Recomendaria a vacinação a outras pessoas não vacinadas que lhe são próximas? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

36. Porquê?

**Apêndice XI: Quadro síntese com a ancoragem das perguntas do
questionário às dimensões do MPS**

Dimensões do MPS	Componentes do MPS	Instrumento de recolha de dados (Questionário que inclui a Escala de Autoeficácia Geral)
Características e experiências individuais	Comportamento anterior relacionado	<ul style="list-style-type: none"> - Já teve a doença da hepatite B? - Conhece alguém que tenha tido a doença da hepatite B? - Alguma vez teve de tomar precauções para evitar a doença da hepatite B?
	Fatores pessoais	<ul style="list-style-type: none"> - Qual é a sua data de nascimento? - Qual foi o sexo que lhe atribuíram à nascença? - Qual a sua identidade de género? - Qual é o seu estado civil? - Qual é o maior nível de escolaridade completo que tem? - Qual é a sua profissão atual? - Em que país é que nasceu? - Qual é a sua nacionalidade? - Em que ano chegou a Portugal (pela primeira vez)?
Conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento	Benefícios Percebidos da Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Considera a administração de vacinas um método eficaz? - Considera a administração de vacinas, um método seguro?
	Barreiras percebidas à ação	<ul style="list-style-type: none"> - Que barreiras identifica para aceder à vacina contra a hepatite B? - Que outros motivos considera serem dificultadores no acesso à vacina contra a hepatite B?
	Auto-eficácia percebida	<p>Escala de Autoeficácia Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente. - Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero. - Para mim é fácil agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos. - Estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados. - Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas. - Consigo resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário. - Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades. - Quando confrontado com um problema, consigo geralmente encontrar várias soluções. - Se estiver com problemas, consigo geralmente pensar numa solução. - Consigo geralmente lidar com tudo aquilo que me surge pelo caminho.
	Sentimentos em relação ao comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendaria a vacinação a outras pessoas não vacinadas que lhe são próximas? - Porquê?
	Influências Interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> - Foi contactada/o por algum serviço de saúde para o informar sobre a vacina anti hepatite B nos últimos 3 anos? - Foi informado/a por quem? - De que modo lhe foi transmitida a informação sobre a hepatite B e a vacina? - Como classifica os meios usados para lhe transmitir a Informação sobre a vacina e a doença da hepatite B
	Influências Situacionais	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe o que é a doença da hepatite B?

		<ul style="list-style-type: none">- Conhece os sinais/sintomas da doença da hepatite B?- Assinale os sinais/sintomas que conhece.- Conhece as vias de transmissão da doença?- Assinale os meios de transmissão que conhece.- Sabe quais as complicações da doença?- Assinale as complicações que conhece.- Considera a hepatite B uma doença grave?- A doença da hepatite B pode envolver risco de morte?- Já ouviu falar da vacina VHB (vacina anti hepatite B)?- Sabe se a vacina VHB pode ser administrada tanto a crianças como a adultos?- Sabe se está vacinado/a anti hepatite B?
Compromisso com um plano de ação		<ul style="list-style-type: none">- Caso não esteja, aceitaria ser vacinado/a?

**Apêndice XII: Quadro síntese com a ancoragem dos itens de
resposta do questionário por categoria de barreiras de acordo com
Pender et al (2015)**

Componentes do MPS	Instrumento de recolha de dados	Itens de resposta por categoria de barreiras de acordo com Pender (2015)
Barreiras percebidas à ação	Que barreiras identifica para aceder à vacina contra a hepatite B?	<p><u>Bloqueios mentais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Considero que a vacina não é eficaz para prevenir a hepatite B; - Considero que pessoas saudáveis não precisam de fazer esta vacina; - Já tinha sido informado(a), mas na altura não percebi que era recomendado fazer a vacina; - Fiz uma primeira dose, mas não me disseram quando deveria fazer a próxima dose da vacina; - Considero que a vacina poderia interagir com medicamentos que estou a tomar; - Considero que a vacina apenas está indicada para algumas pessoas e não para mim; - Considero que apenas preciso da vacina se tiver comportamentos de risco; - Estou preocupada(o) com os efeitos secundários da vacina; - Necessito que me contatem para me recordar da altura certa para fazer a vacina; - Tenho medo de agulhas; - Não sei onde me dirigir para fazer a vacina; - Mudo de centro de saúde frequentemente; - Já tinha sido informado(a), mas na altura não realizei a vacina porque estava doente, e achei que não seria tão eficaz; - Já tinha sido informado(a), mas na altura não tive disponibilidade para ir ao centro de saúde fazer a vacina; - Não estou legal no país e tenho receio de ser repatriado(a); - Não tenho disponibilidade para esperar muito tempo no centro de saúde para fazer a vacina; - Já fui ao centro de saúde, mas senti-me discriminado e por isso não quero voltar; <p><u>Obstáculos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Já fui ao centro de saúde e informaram-me que não me podiam dar a vacina; - A vacina só está disponível nos centros de saúde e preferia ser atendida(o) noutro local; - Já fui ao centro de saúde e informaram-me que não valia a pena fazer a vacina; - Já fui ao centro de saúde e informaram-me que vacina não estava disponível; - Não estou legal no país e não tenho os documentos necessários para ser atendido no centro de saúde; <p><u>Custos pessoais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não tenho conhecimento se posso fazer a vacina de forma gratuita; - Já tinha sido informado(a), mas na altura não realizei a vacina porque é cara;
	Que outros motivos considera serem dificultadores no acesso à vacina	<p><u>Bloqueios mentais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Sinto mais confiança em ser atendido no CheckpointLX; - Preconceito da sociedade; - Nunca tive acesso à prescrição da vacina antes de vir ao CheckpointLX;

	contra a hepatite B?	<ul style="list-style-type: none">- Informação Inexistente;- Não sabia da existência de vacina contra hepatite B; <p><u>Obstáculos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Desmarcação da consulta com o enfermeiro pela administrativa sem aviso e/ou remarcação;- Não ter PB4 nem estar regular; <p><u>Custos pessoais:</u> (não houve respostas)</p>
--	----------------------	--

Apêndice XIII: Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

No âmbito de um projeto de intervenção comunitária intitulado “Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para a realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b”, com a finalidade de contribuir para o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b que recorrem ao GAT (Grupo de Ativistas em Tratamentos) para realizar rastreio ao antigénio de superfície do vírus da hepatite b (AgHBs). Pretende-se colher dados, sobre os seus conhecimentos sobre a doença da hepatite b e a importância da vacinação como forma de a prevenir, através de um questionário.

Estes dados serão tratados pelo Enfermeiro Ricardo Ferreira, a frequentar o 10º Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), orientado pela Professora Maria de Lourdes Varandas da ESEL e pelo Enfermeiro Miguel Rocha do GAT.

Todos os dados serão recolhidos sob garantia de confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, sendo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade. Para podermos dar continuidade a este estudo será necessário que nos faculte um contato (telefone ou email), para podermos agendar a realização da vacinação, que será gratuita. Com a participação neste projeto poderá ter como possíveis benefícios, aumentar os conhecimentos sobre a hepatite b e as complicações da doença, assim como a importância da vacinação, como forma de prevenção da hepatite b, tanto para o próprio como para a comunidade em que se insere, e ficar protegido contra o vírus da hepatite b através da vacinação, não se esperando que haja riscos pela sua participação. A participação no projeto é de livre vontade, sem quaisquer constrangimentos caso se recuse a participar.

Grato pela sua participação.

Ricardo Ferreira

ricardoasferreira@campus.esel.pt

Assinatura: Data:/...../.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome:/...../.....

Assinatura:/...../.....Data:/...../20.....

Contato (telefone / email):

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

¹ <http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsing.2013.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

No âmbito de um projeto de intervenção comunitária intitulado “Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para a realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b”, com a finalidade de contribuir para o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b que recorrem ao GAT (Grupo de Ativistas em Tratamentos) para realizar rastreio ao antigénio de superfície do vírus da hepatite b (AgHBs). Pretende-se colher dados, sobre os seus conhecimentos sobre a doença da hepatite b e a importância da vacinação como forma de a prevenir, através de um questionário.

Estes dados serão tratados pelo Enfermeiro Ricardo Ferreira, a frequentar o 10º Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), orientado pela Professora Maria de Lourdes Varandas da ESEL e pelo Enfermeiro Miguel Rocha do GAT.

Todos os dados serão recolhidos sob garantia de confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, sendo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade. Para podermos dar continuidade a este estudo será necessário que nos faculte um contato (telefone ou email), para podermos agendar a realização da vacinação, que será gratuita. Com a participação neste projeto poderá ter como possíveis benefícios, aumentar os conhecimentos sobre a hepatite b e as complicações da doença, assim como a importância da vacinação, como forma de prevenção da hepatite b, tanto para o próprio como para a comunidade em que se insere, e ficar protegido contra o vírus da hepatite b através da vacinação, não se esperando que haja riscos pela sua participação. A participação no projeto é de livre vontade, sem quaisquer constrangimentos caso se recuse a participar.

Grato pela sua participação.

Ricardo Ferreira

ricardoasferreira@campus.esel.pt

Assinatura: Data:/...../.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome:/...../.....

Assinatura:/...../..... Data: /...../ 20.....

Contacto (telefone / email):

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

¹ <http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsinq.2013.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**Apêndice XIV: Pedido e autorização para utilização da Escala de
Auto-Eficácia Geral**

Pedido de Autorização para utilização de Escala

Exmo. Sr.

Octávio Moura

Ricardo Alexandre Sousa Ferreira, aluno do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, a realizar no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, um estudo de intervenção comunitária intitulado de “Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b” com a finalidade de contribuir para o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde de pessoas e grupos vulneráveis para a realização da vacina contra o vírus da hepatite b que recorrem ao GAT (Grupo de Ativistas em Tratamentos) para realizar rastreio ao antígeno de superfície do vírus da hepatite b (AgHBs).

Sob orientação da Professora Maria de Lourdes Varandas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e pelo Enfermeiro Miguel Rocha do GAT, pretende-se colher dados, através da Escala de Auto-Eficácia Geral (Miguel Araújo & Octávio Moura, 2011), “que permite avaliar o sentimento geral de eficácia pessoal para lidar adequadamente perante um conjunto alargado de situações” (Miguel Araújo & Octávio Moura, 2011, p. 96), para avaliar a perceção que as pessoas deste estudo têm sobre as suas próprias capacidades para aceder aos serviços de saúde para a realização da vacina contra o vírus da hepatite b, pelo que se solicita a autorização para a utilização da sua Escala, validado para Portugal, no âmbito do seu estudo intitulado de “Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses” onde apresenta a adaptação e validação da referida escala.

Agradeço a sua atenção, estando disponível para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 29 de Outubro de 2019

Ricardo Ferreira

Enfermeiro

Telef: 916327216

Email: ricardoasferreira@campus.esel.pt

Autorização para utilização de Escala

Pedido de Autorização para utilização de Escala

Octávio Moura <octaviomoura@gmail.com>

30 de outubro de 2019 às 00:30

Para: RICARDO ALEXANDRE SOUSA FERREIRA <ricardoasferreira@campus.esel.pt>

Boa noite Ricardo,

Desde já agradeço o contacto e o interesse manifestado na GSE.

Tem total autorização para a aplicação da escala GSE na sua investigação para a dissertação de mestrado.

Envio em anexo a escala GSE e o artigo de validação para a população portuguesa.

Espero que a GSE lhe seja útil.

Cumprimentos,

Octávio Moura (PhD., MSc.)

octaviomoura.com | dislexia.pt | hiperatividade.com.pt

On 29 Oct 2019, 23:18 +0000, RICARDO ALEXANDRE SOUSA FERREIRA , wrote:

Exmo. Sr. Octávio Moura,

Sou Ricardo Alexandre Sousa Ferreira, Enfermeiro, aluno do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), em Lisboa.

No âmbito da realização de um Projeto de Intervenção Comunitária, de acordo com a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, intitulado "Acessibilidade aos serviços de saúde de pessoas e grupos vulneráveis para a realização da imunização à hepatite b", orientado pela Srª Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas (ESEL) e pelo Enfermeiro Miguel Rocha do (Grupo de Ativistas em Tratamentos - GAT) solicita-se autorização para utilização da Escala de Auto-Eficácia Geral.

Junto se envia documento com pedido de autorização para utilização da referida Escala.

Aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos,
Ricardo Ferreira

2 anexos



GSE.pdf
32K



Moura(2011)_GSE.pdf
87K

Apêndice XV: Quadro de categorização da Análise de Conteúdo

Tema	Categorias	Subcategorias	Unidades de Contexto	Unidades de Enumeração
Rastreios realizados no GAT	Barreiras à vacinação	- Medo de ser repatriado (a)	Ent 1: “ <i>Têm medo de ser repatriados</i> ” (p. 2).	1
		- Falta de conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde	Ent 1: “ <i>Não conhecem o funcionamento dos serviços de saúde existentes</i> ” (p. 2).	1
		- Falta de tempo para ir/permanecer no centro de saúde	Ent 2: “ <i>Talvez porque não quisessem perder tempo no centro de saúde</i> ” (p. 4). Ent 3: “ <i>Normalmente não têm muita facilidade em esperar</i> ” (p. 6).	2
		- Medo de ser reconhecido no centro de saúde pela sua condição de vulnerabilidade	Ent 4: “ <i>Algumas das pessoas sentem dificuldade em ir ao seu centro de saúde por medo de serem reconhecidas</i> ” (p. 8).	1
		- Recursos económicos	Ent 4: “ <i>Estas pessoas têm poucos recursos económicos</i> ” (p. 8).	1
	Acessibilidade à vacinação	- Ter a vacina disponível nas unidades do GAT	Ent 2: “ <i>Penso que se estivesse disponível nesta unidade iria ser ainda mais fácil acederem à vacina</i> ” (p. 4). Ent 3: “ <i>Se a vacina estivesse disponível aqui, acho que a adesão ainda seria maior</i> ” (p. 6). Ent 4: “ <i>Acho que seria mais fácil se a vacina estivesse disponível nos nossos serviços</i> ” (p. 8).	3
	Aconselhamento	- Utilização de materiais barreira para doenças sexualmente transmissíveis		

		- PrEP para o VIH		
		- Profilaxia pós-exposição para o VIH		
		- Oferta de Kit para quem apresenta comportamentos de risco com consumos de drogas injetáveis		
	Resposta ao questionário da Rede de Rastreios Comunitária	- Quase sempre aceite		
		- A não resposta ao questionário não inviabiliza a realização dos rastreios		
	Grupos populacionais abrangidos pelos rastreios do GAT	- Migrantes		
		- Pessoas que usam drogas		
		- Homens que têm sexo com homens		
		- Trabalhadores do sexo		
		- Pessoas trans		
	Localização das unidades de saúde	- Mouraria, Lisboa		
		- Príncipe Real, Lisboa		
		- Intendente, Lisboa		
		- Unidade Móvel na Península de Setúbal		
	Frequência da realização do rastreio para o AgHBs	- Move-se: Muito frequente (várias vezes ao dia)		
		- CheckpointLX: Pouco frequente (2 vezes por semana)		
		- In-Mouraria: Frequente (20 vezes por mês)		
		- Espaço Intendente: Frequente (30 vezes por mês)		
	Encaminhamento para tratamento	- Referenciação para hospital de referência		
		- Encaminhamento para hospital escolhido pela pessoa		
	Perceção da vacinação	- CheckpointLX: A vacinação é realizada na unidade quando		

	contra o vírus da hepatite b	comprada na farmácia		
		- Restantes unidades: Na maioria das situações não existe perceção se a vacinação foi realizada		

**Apêndice XVI: Dados disponibilizados pelo *software* SPSS[®] para a
dimensão Caracterização das características e experiências
individuais (Pender et al, 2015)**

Frequências

Idade

Idade		
N	Válido	19
	Omisso	0
Média		38,53
Mediana		37,00
Erro Desvio		11,271
Intervalo		35
Mínimo		23
Máximo		58

Faixa Etária

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	18 aos 25 anos	4	21,1	21,1	21,1
	26 aos 35 anos	5	26,3	26,3	47,4
	36 aos 45 anos	5	26,3	26,3	73,7
	mais de 45 anos	5	26,3	26,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Qual foi o sexo que lhe atribuíram à nascença?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Masculino	15	78,9	78,9	78,9
	Feminino	4	21,1	21,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Qual é o seu estado civil?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Solteiro(a)	14	73,7	73,7	73,7
	Casado(a)	3	15,8	15,8	89,5
	Divorciado(a)	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Qual é o maior nível de escolaridade completo que tem?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	3º Ciclo de ensino básico (9º ano)	2	10,5	10,5	10,5
	Ensino secundário via prosseguimento de estudos (12º ano)	6	31,6	31,6	42,1
	Ensino secundário com estágio profissional (mínimo de 6 meses) (12º ano profissional)	2	10,5	10,5	52,6
	Bacharelato/Licenciatura	6	31,6	31,6	84,2
	Mestrado ou Doutoramento	3	15,8	15,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Profissão de acordo com a Classificação Portuguesa de Profissões (CPP)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	6	31,6	31,6	31,6
	Técnicos e profissões de nível intermédio	3	15,8	15,8	47,4
	Pessoal administrativo	1	5,3	5,3	52,6
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	1	5,3	5,3	57,9
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	1	5,3	5,3	63,2
	Sexo comercial	5	26,3	26,3	89,5
	Não respondeu	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Em que país é que nasceu?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Brasil	9	47,4	47,4	47,4
	Cuba	1	5,3	5,3	52,6
	México	1	5,3	5,3	57,9
	Portugal	7	36,8	36,8	94,7
	Roménia	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Qual é a sua nacionalidade?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Brasileira	9	47,4	47,4	47,4
	Italiana	1	5,3	5,3	52,6
	Luso-brasileira	1	5,3	5,3	57,9
	Portuguesa	7	36,8	36,8	94,7
	Romena	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Já teve a doença da hepatite B?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	19	100,0	100,0	100,0

Conhece alguém que tenha tido a doença da hepatite B?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	3	15,8	15,8	15,8
	Não	16	84,2	84,2	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Alguma vez teve de tomar precauções para evitar a doença da hepatite B?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	1	5,3	5,3	5,3
	Não	18	94,7	94,7	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Chegou à mais de 1 ano?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	9		75,0	75,0
	Não	3		25,0	100,0
	Total	12		100,0	

Apêndice XVII: Barreiras identificadas para a ação

Tipo de Barreiras			Nº de vezes	%
	Bloqueios Mentais			
		Considero que a vacina não é eficaz para prevenir a hepatite B	1	
		Já tinha sido informado(a), mas na altura não percebi que era recomendado fazer a vacina	8	
		Fiz uma primeira dose, mas não me disseram quando deveria fazer a próxima dose da vacina	1	
		Considero que apenas preciso da vacina se tiver comportamentos de risco	1	
		Estou preocupada(o) com os efeitos secundários da vacina	2	
		Necessito que me contatem para me recordar da altura certa para fazer a vacina	3	
		Tenho medo de agulhas	3	
		Não sei onde me dirigir para fazer a vacina	2	
		Mudo de centro de saúde frequentemente	1	
		Já tinha sido informado(a), mas na altura não realizei a vacina porque estava doente, e achei que não seria tão eficaz	1	
		Já tinha sido informado(a), mas na altura não tive disponibilidade para ir ao centro de saúde fazer a vacina	4	
		Não tenho disponibilidade para esperar muito tempo no centro de saúde para fazer a vacina	4	
		Já fui ao centro de saúde, mas senti-me discriminado e por isso não quero voltar	1	
		Sinto mais confiança em ser atendido no CheckpointLX	1	
		Não sei como é que o centro de saúde funciona	1	
		Preconceito da sociedade	1	
		Nunca tive acesso ao rastreio antes de vir ao CheckpointLX	1	
		Nunca tive acesso à prescrição da vacina antes de vir ao CheckpointLX	1	
		Informação Inexistente	1	

		Não sabia da existência de vacina contra hepatite B	1	
	Total		39	61%
	Obstáculos			
		A vacina só está disponível nos centros de saúde e preferia ser atendida(o) noutro local	5	
		Já fui ao centro de saúde e informaram-me que vacina não estava disponível	2	
		Não estou legal no país e não tenho os documentos necessários para ser atendido no centro de saúde	1	
		Desmarcação da consulta com o enfermeiro pela administrativa sem aviso e/ou remarcação	1	
		Não ter PB4 nem estar regular	1	
	Total		10	15,6%
	Custos pessoais			
		Não tenho conhecimento se posso fazer a vacina de forma gratuita	12	
		Já tinha sido informado(a), mas na altura não realizei a vacina porque é cara	3	
	Total		15	23,4%
Total			64	100%

**Apêndice XVIII: Dados disponibilizados pelo *software* SPSS[®] para
as dimensões Conhecimentos e sentimentos sobre o
comportamento, e Compromisso com um plano de ação (Pender et
al, 2015)**

Frequências

Considera a administração de vacinas um método eficaz?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	18	94,7	94,7	94,7
	Não sei	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Considera a administração de vacinas, um método seguro?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	19	100,0	100,0	100,0

Recomendaria a vacinação a outras pessoas não vacinadas que lhe são próximas?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	18	94,7	94,7	94,7
	Não	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Foi contactada/o por algum serviço de saúde para o informar sobre a vacina anti hepatite B nos últimos 3 anos?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	2	10,5	10,5	10,5
	Não	17	89,5	89,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Sabe o que é a doença da hepatite B?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	13	68,4	68,4	68,4
	Não	6	31,6	31,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Conhece os sinais/sintomas da doença da hepatite B?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	4	21,1	21,1	21,1
	Não	15	78,9	78,9	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Múltiplas respostas

Resumo de caso

	Casos				Total N
	N	Válido Percentagem	N	Omisso Percentagem	
\$Sinais_sintomas ^a	4	21,1%	15	78,9%	19

Resumo de caso

	Casos Total Percentagem
\$Sinais_sintomas ^a	100,0%

a. Grupo

Sinais_sintomas Frequências

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Assinale os sinais/sintomas que conhece ^a	Náuseas	4	30,8%	100,0%
	Olhos vermelhos	2	15,4%	50,0%
	Dores de estômago	4	30,8%	100,0%
	Febre	2	15,4%	50,0%
	Tonturas	1	7,7%	25,0%
Total		13	100,0%	325,0%

a. Grupo

Conhece as vias de transmissão da doença?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	10	52,6	52,6	52,6
	Não	9	47,4	47,4	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Múltiplas respostas

Resumo de caso

	Válido		Casos Omisso		Total N
	N	Percentagem	N	Percentagem	
\$Meios_transmissao ^a	10	52,6%	9	47,4%	19

Resumo de caso

	Casos Total Percentagem
\$Meios_transmissao ^a	100,0%

a. Grupo

Meios_transmissao Frequências

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Meios de transmissão que conhece ^a	Espirros	2	10,5%	20,0%
	Via sexual	9	47,4%	90,0%
	Comida	1	5,3%	10,0%
	Sangue	7	36,8%	70,0%
Total		19	100,0%	190,0%

a. Grupo

Sabe quais as complicações da doença?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	5	26,3	26,3	26,3
	Não	14	73,7	73,7	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Múltiplas respostas

Resumo de caso

	Válido		Casos Omisso		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
\$Complicações ^a	5	26,3%	14	73,7%	19	100,0%

a. Grupo

Complicações Frequências

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Conhecimento sobre as complicações ^a	Cirrose hepática	5	71,4%	100,0%
	Cancro do fígado	2	28,6%	40,0%
Total		7	100,0%	140,0%

a. Grupo

Considera a hepatite B uma doença grave?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	18	94,7	94,7	94,7
	Não sei	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

A doença da hepatite B pode envolver risco de morte?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	17	89,5	89,5	89,5
	Não sei	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Já ouviu falar da vacina VHB (vacina anti hepatite B)?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	16	84,2	84,2	84,2
	Não	3	15,8	15,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Sabe se a vacina VHB pode ser administrada tanto a crianças como a adultos?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	13	68,4	68,4	68,4
	Não sei	6	31,6	31,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Sabe se está vacinado/a anti hepatite B?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	11	57,9	57,9	57,9
	Não sei	8	42,1	42,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Caso não esteja, aceitaria ser vacinado/a?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	19	100,0	100,0	100,0

Mediana da Escala de Auto-Eficácia Geral

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Auto-Eficácia Alta	11	57,9	57,9	57,9
	Auto-Eficácia Máxima	8	42,1	42,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Estatísticas^a

Número de Barreiras Identificadas

N	Válido	11
	Omisso	0
Média		4,09
Mediana		4,00
Erro Desvio		1,814
Intervalo		5
Mínimo		2
Máximo		7

a. Dados para os participantes com pontuação da escala com Autoeficácia Alta (nível 3)

Estatísticas

Número de Barreiras Identificadas^a

N	Válido	8
	Omisso	0
Média		2,38
Mediana		2,00
Erro Desvio		1,408
Intervalo		4
Mínimo		1
Máximo		5

a. Dados para os participantes com pontuação da escala com Autoeficácia Máxima (nível 4)

Categoria de Barreira segundo Pender (2015) dominante^c

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Bloqueios Mentais	8	61,5	61,5	61,5
	Obstáculos	2	15,4	61,5	76,9
	Custos pessoais	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	100,00

c. Número de respondentes (Frequência=13) é superior ao número real (n=11) dado que dois dos participantes apresentaram duas Categoria dominantes de Barreira segundo Pender (2015) e não apenas uma

Categoria de Barreira segundo Pender (2015) dominante^b

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Bloqueios Mentais	5	41,7	41,7	41,7
	Custos pessoais	5	41,7	41,7	83,3
	Obstáculos	2	16,7	16,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	100,00

b. Número de respondentes (Frequência=12) é superior ao número real (n=8) dado que quatro dos participantes apresentaram duas Categoria dominantes de Barreira segundo Pender (2015) e não apenas uma

Apêndice XIX: Apresentação do estudo até ao Diagnóstico de Situação junto dos colaboradores do GAT

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Comunitária

- Unidade Curricular Estágio com Relatório -

Temática do estudo

Acessibilidade aos serviços de saúde de pessoas e grupos
vulneráveis para a realização da imunização à hepatite b

Docente: Maria Lourdes Gil Patrício Varandas Costa
Discente: Ricardo Alexandre Sousa Ferreira (nº 8917)

Lisboa, Dezembro de 2019

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Sumário

- Atividades desenvolvidas no âmbito da UC – Estágio com Relatório
- Diagnóstico de Situação:
 - Seleção da população e amostra
 - Instrumento de colheita de dados
 - Tratamento de dados
 - Apresentação e análise de resultados
 - Diagnóstico de enfermagem
- Definição de prioridades

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Objetivo Geral do Estudo

- Contribuir para o aumento da acessibilidade, de pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a imunização à hepatite b

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Local de Estágio

GAT, Grupo de Ativistas em Tratamentos:

Início a 23 de setembro
Fim a 28 de fevereiro - Duração: 525h

Enfermeiro Orientador: Miguel Rocha

GAT
Grupo de Ativistas
em Tratamentos
Membro da Coligação
Internacional SdS

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Fase preparatória

Entrevista junto técnicos de rastreio do GAT:

- Como forma de obter respostas sobre as barreiras que possam estar a impedir a acessibilidade da imunização à hepatite b, foram realizadas quatro entrevistas.
- A entrevista exploratória foi introduzida neste estudo com o objetivo de obter dados complementares junto de informadores peritos/privilegiados, de forma de obter respostas sobre as barreiras que possam estar a impedir a acessibilidade da imunização à hepatite b.

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Unidade Curricular Estágio com Relatório

População alvo e amostra

- Para a população em estudo selecionámos as pessoas que acederam aos serviços de saúde do GAT para realizar rastreio e detetar a presença ou ausência do antígeno de superfície (AgHBs) do vírus da hepatite b (VHB), através de um teste rápido com sangue capilar.
- No que diz respeito à amostra para este estudo foram incluídas as pessoas que acederam ao GAT, com resultado de rastreio não reativo ao AgHBs, com critério para realizar a imunização da hepatite b e que aceitaram participar no projeto, entre 1 de Julho e 15 de Outubro, num total de 19 pessoas.
- O método de amostragem selecionado foi a amostragem não probabilística.

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Unidade Curricular Estágio com Relatório

Instrumento de colheita de dados

Como instrumento de colheita de dados deste estudo foram utilizados:

- Questionário junto da amostra selecionada;
- Escala de Auto-Eficácia Geral (Miguel Araújo & Octávio Moura, 2011).

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Unidade Curricular Estágio com Relatório

Instrumento de colheita de dados

• É constituído por seis partes:

1. Caracterização;
2. Conhecimentos sobre a doença da hepatite b;
3. Conhecimento sobre vacinas;
4. Escala de Auto-Eficácia Geral;
5. Barreiras para a ação;
6. Comportamento.

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Unidade Curricular Estágio com Relatório

Tratamento e análise dos dados

A nível do tratamento e análise dos dados recorreu-se:

- À Análise de conteúdo (Bardin, 2011), para os dados recolhidos nas entrevistas aos 4 técnicos de rastreio do GAT.
- À estatística descritiva, com recurso ao software SPSS® for Windows, versão 25.0, para os dados recolhidos com a aplicação do questionário e da escala de Auto-Eficácia Geral.

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Unidade Curricular Estágio com Relatório

Apresentação e análise de resultados

Análise de Conteúdo

As barreiras percebidas pelos colaboradores do GAT sugerem que o local (CSL) é a génese da maioria das barreiras à ação para o início da vacinação contra VHB entre as pessoas rastreadas no GAT.

Barreiras percebidas pelos colaboradores do GAT

1	Medo de ser repatriado (a)
1	Falta de conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde
2	Falta de tempo para ir / permanecer no centro de saúde
1	Medo de ser reconhecido no centro de saúde pela sua condição de vulnerabilidade
1	Recursos económicos

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Unidade Curricular Estágio com Relatório

Apresentação e análise de resultados

O perfil das pessoas que compõem a amostra caracteriza-se por ser predominantemente do sexo masculino, com idade média de 38 anos de idade, maioritariamente solteiro e imigrante. Para o mesmo perfil a amostra referiu nunca ter desenvolvido a doença da hepatite B, maioritariamente não conhecer alguém que já tivesse desenvolvido a doença e não ter tomado precauções para evitar a doença da hepatite B.

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Unidade Curricular Estágio com Relatório

Apresentação e análise de resultados

- No acesso à vacinação os inquiridos referiram barreiras que dividimos em bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais (Nola Pender, 2011) em assumir um determinado comportamento, sendo referido maioritariamente os bloqueios mentais como barreiras à ação (59,7%).
- Para a análise dos dados considerámos os bloqueios mentais como barreiras internas (que dizem respeito ao próprio), os obstáculos como barreiras externas (que não dependem do próprio) e custos pessoais como barreiras que interferem com perdas que impliquem o próprio (financeiras, materiais ou outras).

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Apresentação e análise de resultados

- Os sentimentos em relação ao comportamento são predominantemente favoráveis para a ação (principalmente por motivos relacionados com a proteção/prevenção – 78,6%).
- Verifica-se um reduzido conhecimento sobre a doença, ou seja, 94,7% dos participantes não conhece os sinais/sintomas da doença, 63,2% dos participantes não conhece as vias de transmissão da doença, e 89,5% dos participantes não conhece as complicações da doença.

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Apresentação e análise de resultados

- Quanto à autoeficácia, consideramos 4 níveis: 1 (Baixa), 2 (Média), 3 (Alta), 4 (Máxima).
- Os inquiridos consideram que a autoeficácia percebida enquadra-se no nível 3 (57,9%) ou no nível 4 (42,1%), ou seja, os inquiridos consideram que têm uma autoeficácia Alta ou Máxima.
- Verifica-se que as pessoas que apresentaram uma autoeficácia percebida "Máxima", reportaram em média menos barreiras.

Pontuação da Escala	N	Nº de barreiras reportadas	Barreiras reportadas / N
3 (Alta)	11	45	4,1
4 (Máxima)	8	19	2,4

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Apresentação e análise de resultados

- Verifica-se que a percentagem dos indivíduos que apresentaram uma autoeficácia percebida "Alta" referiram que as barreiras são maioritariamente de origem interna (bloqueios mentais em 61,5% das respostas), ajudando-nos a concluir que uma menor autoeficácia percebida tem uma interferência maior na categoria de barreiras "bloqueios mentais".

Pontuação da Escala	Bloqueios Mentais	Obstáculos	Custos pessoais
3 (Alta)	61,5%	15,4%	23,1%
4 (Máxima)	41,7%	16,6%	41,7%

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Apresentação e análise de resultados

Problemas Identificados

- Falta de conhecimentos sobre a doença da hepatite b.
- As Barreiras para a ação percebidas pelas pessoas incluídas na amostra correspondem às barreiras identificadas por Nola Pender (2011) – Bloqueios mentais, obstáculos e pessoais.

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Diagnósticos de enfermagem (CIPE®, 2015)

Diagnósticos de Enfermagem	Dados
Falta de conhecimento sobre a doença	<ul style="list-style-type: none"> 94,7% dos participantes não conhece os sinais/sintomas da doença. 63,2% dos participantes não conhece as vias de transmissão da doença. 89,5% dos participantes não conhece as complicações da doença.
Barreiras à adesão	<ul style="list-style-type: none"> 100% dos inquiridos identificou barreiras para a ação. 59,7% das barreiras identificadas eram bloqueios mentais. Indivíduos que apresentaram uma autoeficácia percebida menor referiram que as barreiras são maioritariamente de origem interna (bloqueios mentais em 61,5% das respostas).

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Definição de Prioridades

Após conclusão do Diagnóstico de Situação e concluir todos os diagnósticos de enfermagem, pretende-se definir prioridades para dar continuidade ao estudo.

Pretendemos priorizar os problemas identificados utilizando a grelha de análise.

Para a priorização dos problemas identificados devemos ter em conta o período temporal do estudo (até fevereiro de 2020), a importância do problema, a relação problema/fator de risco, a capacidade técnica de intervir, e a exequibilidade.

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Definição de Prioridades

O diagrama ilustra o processo de definição de prioridades através de quatro critérios: Importância do Problema, Relação Problema/fator de risco, Capacidade Técnica de Intervir e Exequibilidade. Cada critério é avaliado com um sinal (+ ou -) e combinado para gerar um valor numérico entre 1 e 16, onde 1 representa a prioridade máxima e 16 a mínima.

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Definição de Prioridades

Problema A: Falta de conhecimento sobre a doença.
Problema B: Barreiras à adesão.

- Classifica-se com um "+" quando se verifica a situação ou um "-" quando não se verifica a situação.
- Ambos os problemas serem classificados da mesma forma para o mesmo critério, ou seja, para o mesmo critério podemos responder "+ e -", em que se verifica a situação num problema mas não se verifica no outro, "+ e +", em que se verifica a situação em ambos os problemas, ou "- e -", em que não se verifica a situação em nenhum dos problemas.
- O valor 1 corresponde à prioridade máxima.

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Definição de Prioridades

Problema A: Falta de conhecimento sobre a doença.
Problema B: Barreiras à adesão.

	Importância do problema	Relação problema/fator de risco	Capacidade técnica de intervir	Exequibilidade
Problema A				
Problema B				

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Obrigado!

ESEL Unidade Curricular Estágio com Relatório

Referências Bibliográficas

Araújo, M., & Meira, O. (2011). *Instrumento formal de General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral)* numa amostra de professores portugueses / General Self-Efficacy Scale formal instrument in a sample of Portuguese teachers. *Revista Latino-Americana de Psicologia*, 50(1), 93-103.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Fortin, M. F. (1996). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência: Edições técnicas e científicas, Lda.

Grupo de Atividade em Tratamentos [GAT] (2019). *Acedido em 03/06/2019*. Disponível em: <https://www.gatportugal.org/>

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do planeamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). *CIPE® Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Lusidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011a). *Health Promotion in Nursing Practice* (Sixth Edition ed.). New Jersey: Pearson Education.

Pender, N. J. (2011b). *Health Promotion Model Manual*. Acedido a 19/03/2019. Disponível em: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/89350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da saúde.

General Self-Efficacy (GSE) (2011). (1983). 1993

**Apêndice XX: Tabela de Objetivos, atividades e respetivos
indicadores**

Objetivo Geral	Objetivos Específicos (operacionais ou metas)	Indicadores de Resultado (ou impacto)	Atividades	Indicadores de Atividade (ou execução)
Contribuir para diminuir as barreiras de adesão, por pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b, entre Novembro de 2019 e Fevereiro de 2020.	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar em 100% o acesso à primeira dose de vacina contra o VHB, nas pessoas incluídas na amostra do estudo, até janeiro 2020. Aumentar em 90% o acesso à segunda dose de vacina contra o VHB, nas pessoas incluídas na amostra do estudo, até fevereiro de 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> % de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 1ª inoculação contra o VHB (Nº de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 1ª inoculação contra o VHB / Nº de pessoas elegíveis para vacinação contra o VHB (amostra) x 100) % de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 2ª inoculação contra o VHB (Nº de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 2ª inoculação contra o VHB / Nº de pessoas elegíveis para vacinação contra o VHB (amostra) x 100) 	<ul style="list-style-type: none"> Auditar as unidades fixas de Saúde do GAT 	<ul style="list-style-type: none"> Auditar as 3 unidades de Saúde do GAT (Nº de unidades de Saúde auditadas / Nº de unidades de Saúde a auditar X 100)
			<ul style="list-style-type: none"> Reunir as condições necessárias para administração de vacinas nas unidades de Saúde do GAT 	<ul style="list-style-type: none"> Que 2 das 3 unidades de Saúde do GAT reúnam as condições necessárias para administração de vacinas (Nº de unidades de Saúde com condições para realizar vacinação / Nº de unidades de Saúde do GAT X 100)
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar parceria com a USP do ACES LC para cedência de vacinas contra o VHB no âmbito do estágio 	<ul style="list-style-type: none"> Que a USP do ACES LC ceda o número total de vacinas contra o VHB necessárias para completar o esquema vacinal das pessoas incluídas na amostra (57 vacinas) (Nº de vacinas disponibilizadas pela USP / Nº de vacinas necessárias X 100)
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar um pedido ao grupo de vacinação da ARSLVT para cedência de vacinas contra o VHB ao GAT para dar continuidade à vacinação após o término do estágio 	<ul style="list-style-type: none"> Que o grupo de vacinação da ARSLVT aceite realizar um protocolo com o GAT para cedência mensal das vacinas necessárias após o término do estágio (Nº de vacinas cedidas pela ARSLVT mensalmente / nível de vacinas necessárias para dar resposta às necessidades do GAT (média mensal de 180 rastreios a pessoas com critério X 3 vacinas = 540 vacinas) X 100)
			<ul style="list-style-type: none"> Enviar lembretes automáticos a recordar dos agendamentos para vacinação programados antecipadamente 	<ul style="list-style-type: none"> Que os elementos da amostra recebam um lembrete automático a recordar dos agendamentos para vacinação (Nº de pessoas que recebeu um lembrete automático / Nº de pessoas incluídas na amostra X 100)

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS E GRUPOS
VULNERÁVEIS PARA REALIZAR A VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE B

			<ul style="list-style-type: none">Realizar chamada telefónica para gestão das barreiras em caso de não-adesão/falta à vacinação agendada	<ul style="list-style-type: none">Que os elementos da amostra recebam uma chamada telefónica para gestão das barreiras em caso de não-adesão/falta à vacinação agendada (Nº de pessoas que recebeu uma chamada telefónica por não-adesão/falta à vacinação / Nº de pessoas que não-aderiu/faltou à vacinação agendada X 100)
	<ul style="list-style-type: none">Diminuir em 10% as barreiras à primeira dose de vacina contra o VHB, nas pessoas incluídas na amostra do estudo, que queiram vacinar-se no centro de saúde de referência, até fevereiro de 2020.	<ul style="list-style-type: none">% de pessoas incluídas na amostra que acederam à vacinação no centro de saúde de referência com sucesso (Nº de pessoas incluídas na amostra que acederam à vacinação no centro de saúde de referência com sucesso / Nº de pessoas incluídas na amostra que decidiram realizar vacinação no centro de saúde de referência X 100)	<ul style="list-style-type: none">Desenvolver um mapa de navegação a indicar o percurso para aceder ao serviço de vacinação do centro de saúde de referência, para ser entregue às pessoas que constituem a amostra e que decidem realizar a vacinação no centro de saúde de referência, de forma a se sentirem capazes de ultrapassar as barreiras existentes	<ul style="list-style-type: none">Que os elementos da amostra recebam um mapa de navegação para facilitar o acesso ao centro de saúde de referência (Nº de pessoas que recebeu um mapa de navegação para facilitar o acesso ao centro de saúde de referência / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100)
			<ul style="list-style-type: none">Desenvolver um folheto informativo a indicar, em “pergunta & resposta”, as barreiras comuns no acesso à vacinação nos centro de saúde locais, para aumentar o conhecimento sobre os seus direitos e serviços existentes, para ser entregue às pessoas que constituem a amostra e que decidem realizar a vacinação no centro de saúde de referência, de forma a lhes facilitar a comunicação e de se sentirem capazes de ultrapassar as barreiras existentes	<ul style="list-style-type: none">Que os elementos da amostra recebam um folheto informativo a indicar, em “pergunta & resposta”, as barreiras comuns no acesso à vacinação nos centro de saúde locais, para aumentar o conhecimento sobre os seus direitos e serviços existentes de forma a lhes facilitar a comunicação e de se sentirem capazes de ultrapassar as barreiras existentes (Nº de pessoas que recebeu um folheto informativo a indicar, em “pergunta & resposta”, as barreiras comuns no acesso à vacinação nos centro de saúde locais / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100)
			<ul style="list-style-type: none">Facilitar às pessoas, que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de	<ul style="list-style-type: none">Que os elementos da amostra recebam uma declaração (ou receita) médica enquadrada na

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS E GRUPOS
VULNERÁVEIS PARA REALIZAR A VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE B

			referência, uma declaração / receita médica enquadrada na Norma de 2001 para a vacinação contra o VHB	Norma de 2001 para a vacinação contra o VHB no acesso à vacinação no centro de saúde de referência (Nº de pessoas que recebeu uma declaração (ou receita) para vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100)
			<ul style="list-style-type: none"> Referenciar por correio eletrónico os casos das pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência para o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência 	<ul style="list-style-type: none"> Que o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência receba a referenciação das pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência por correio eletrónico (Nº de pessoas referenciadas por correio eletrónico que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100)
			<ul style="list-style-type: none"> Agendar dia para a vacinação com o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência para as pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência 	<ul style="list-style-type: none"> Que seja realizado um agendamento para vacinação com o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência para as pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência (Nº de pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência com agendamento realizado pelo enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100)

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS E GRUPOS
VULNERÁVEIS PARA REALIZAR A VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE B

			<ul style="list-style-type: none">• Elaborar uma carta a enviar à DGS a sugerir a atualização da Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001, sobre a “Vacina contra a hepatite B: atualização da vacinação gratuita de grupos de risco”	<ul style="list-style-type: none">• Que a DGS aceite as sugestões para a atualização da Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001, sobre a “Vacina contra a hepatite B: atualização da vacinação gratuita de grupos de risco” (Nº de atualizações realizadas à Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001/ Nº de atualizações sugeridas à Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001 X 100)
--	--	--	--	---

Apêndice XXI: Características das estratégias de intervenção

	Estratégia A – “ <i>Immunization / Vaccination Management</i> ” (Bulechek et al, 2018, p. 221)	Estratégia B – “ <i>Health System Guidance</i> ” (Bulechek et al, 2018, p. 205 e 206)
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Permite a promoção de saúde de pessoas em situação de vulnerabilidade; • Permite a tomada de decisão informada pelo utilizador; • Permite a disponibilização antecipada do serviço de saúde de que o utilizador necessita; • Permite a ligação/articulação e parcerias entre vários serviços de saúde da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite a promoção de saúde de pessoas em situação de vulnerabilidade; • Permite a tomada de decisão informada pelo utilizador; • Permite o encaminhamento do utilizador para um centro de saúde de referência, disponível no SNS; • Permite a ligação/articulação e parcerias entre vários serviços de saúde da comunidade.
Inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Necessita de acompanhamento e supervisão permanente de profissionais; • Necessita de investimento financeiro das instituições envolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessita de acompanhamento e supervisão permanente de profissionais; • Necessita de investimento financeiro das instituições envolvidas.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> • Depende da ligação/articulação e parcerias comunitárias a vários níveis sectoriais; • Depende da aceitabilidade dos utilizadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depende da ligação/articulação e parcerias comunitárias; • Depende da aceitabilidade dos utilizadores.
Necessidades em recursos adicionais	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de meios de informação materiais como brochuras; • Necessita de meios de transporte de vacinas; • Necessita do aumento da capacidade dos serviços para dar resposta a este novo serviço de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de meios de informação materiais como brochuras; • Necessita do aumento da capacidade dos serviços para dar resposta a este novo serviço de saúde.

Apêndice XXII: Descrição das estratégias

	População-alvo	Serviços de apoio	Recursos necessários	Modificações organizacionais previstas
Estratégia A	Pessoas que aceitaram participar no estudo.	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte de vacinas; • Monitorização da rede de frio; • Manutenção do material consumível necessário; • Serviço administrativo de agendamento para vacinação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos; • Recursos materiais; • Local para acondicionamento de vacinas; • Local para acondicionamento de material consumível. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de períodos de tempo na agenda dos serviços de saúde implicados; • Disponibilização de recursos de enfermagem nos serviços de saúde implicados
Estratégia B		<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento e monitorização do encaminhamento para o centro de saúde de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos; • Recursos materiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos humanos nos serviços de saúde implicados para proceder ao encaminhamento.

Apêndice XXIII: Projeto “Via Verde Vacinas”

Projeto “Via Verde Vacinas”

Justificação

Entre os meses de junho a novembro de 2019 foi realizado o diagnóstico de situação sobre a *“acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b”* onde foram identificados dois diagnósticos de enfermagem: “Falta de conhecimento sobre a doença” (OE, 2016, p. 161) e “Barreiras à adesão” (OE, 2016, p. 42). O diagnóstico de enfermagem “Barreiras à adesão” (OE, 2016, p. 42) foi considerado prioritário. Tendo em conta que 59,7% das barreiras identificadas pelos inquiridos eram do tipo bloqueios mentais, ou seja, barreiras internas (que dizem respeito ao próprio), que 24,2% eram barreiras do tipo custos pessoais, ou seja, que interferem com perdas que impliquem o próprio (financeiras, materiais ou outras), e baseado nas atividades de Enfermagem referidas no capítulo das estratégias, justificou-se a criação de um projeto que facilite o acesso à vacinação contra a hepatite b no imediato, local onde se realiza o rastreio e no dia em que se rastreia, ou seja, estes dados justificaram a necessidade da vacina deslocar-se para os locais onde as pessoas se rastreiam.

Finalidade

Contribuir para diminuir as barreiras de adesão, de pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b, entre Novembro de 2019 e Fevereiro de 2020.

Objetivos

- Aumentar em 100% o acesso à primeira dose de vacina contra o VHB, nas pessoas incluídas na amostra do estudo, até janeiro 2020.
- Aumentar em 90% o acesso à segunda dose de vacina contra o VHB, nas pessoas incluídas na amostra do estudo, até fevereiro de 2020.

Indicadores de Resultado (ou impacte)

- % de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 1ª inoculação contra o VHB (N° de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 1ª inoculação contra o VHB / N° de pessoas elegíveis para vacinação contra o VHB (amostra) x 100)
- % de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 2ª inoculação contra o VHB (N° de pessoas incluídas na amostra que foram vacinadas com a 2ª inoculação contra o VHB / N° de pessoas elegíveis para vacinação contra o VHB (amostra) x 100)

Coordenadores

Enfermeiro Ricardo Ferreira, até Fevereiro de 2020.

Enfermeiros Miguel Rocha e Sofia Pinto, após Fevereiro de 2020.

Horizonte temporal

Entre Novembro de 2019 e Fevereiro de 2020.

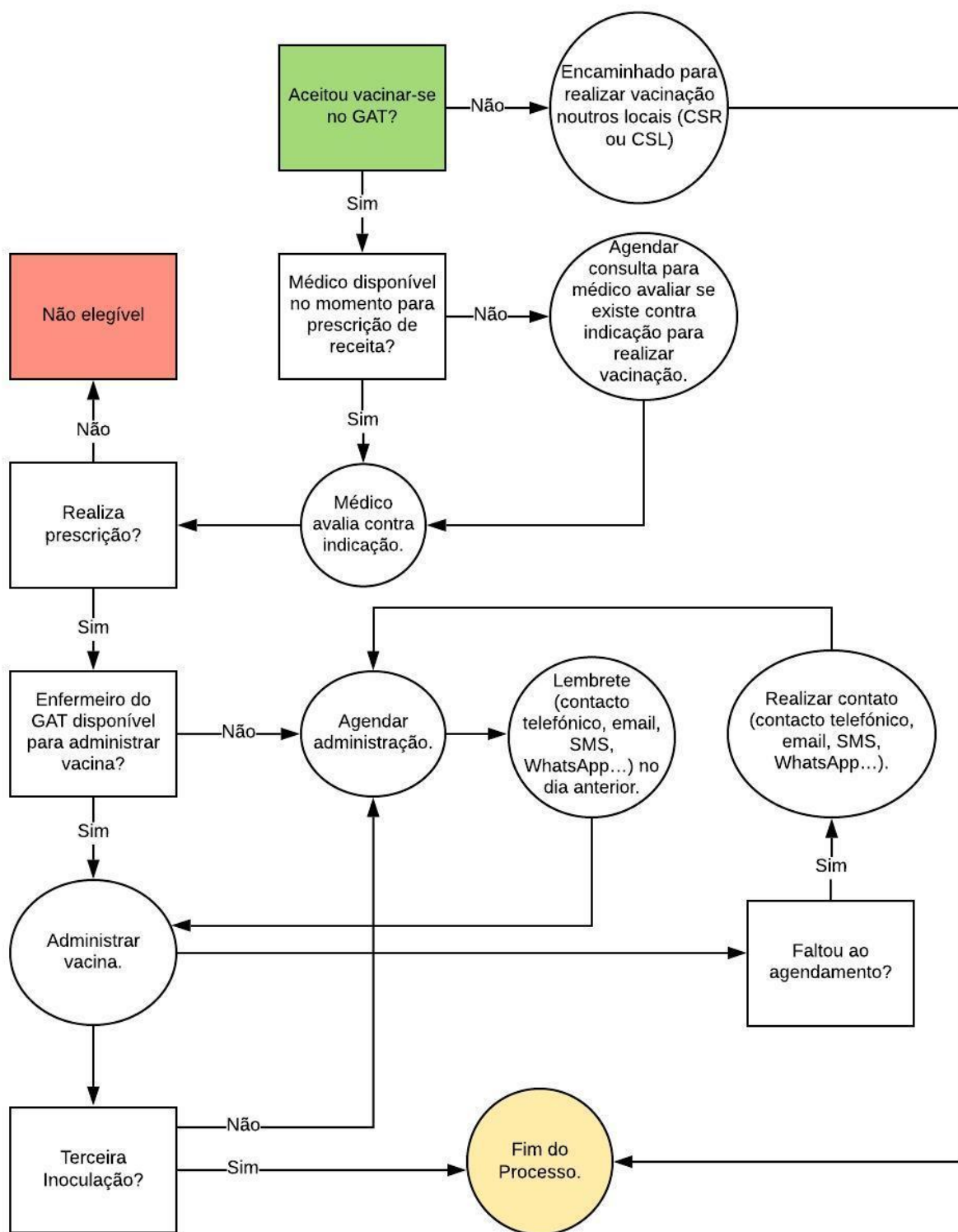
Atividades

- Auditar as unidades fixas de Saúde do GAT.
- Reunir as condições necessárias para administração de vacinas nas unidades de Saúde do GAT.
- Realizar parceria com a USP do ACES LC para cedência de vacinas contra hepatite b no âmbito do estágio.
- Realizar um pedido ao grupo de vacinação da ARSLVT para cedência de vacinas contra a hepatite b ao GAT para dar continuidade à vacinação após o término do estágio.
- Enviar lembretes automáticos a recordar dos agendamentos para vacinação programados antecipadamente.
- Realizar chamada telefónica para gestão das barreiras em caso de não-adesão/falta à vacinação agendada.

Indicadores de atividade

- Auditar as 3 unidades de Saúde do GAT (N° de unidades de Saúde auditadas / N° de unidades de Saúde a auditar X 100).
- Que 2 das 3 unidades de Saúde do GAT reúnam as condições necessárias para administração de vacinas (N° de unidades com condições para realizar vacinação / N° de unidades de Saúde do GAT X 100).
- Que a USP do ACES LC ceda o número total de vacinas contra a hepatite b necessárias para completar o esquema vacinal das pessoas incluídas na amostra (57 vacinas) (N° de vacinas disponibilizadas pela USP/ N° de vacinas necessárias X 100).
- Que o grupo de vacinação da ARSLVT aceite realizar um protocolo com o GAT para cedência mensal das vacinas necessárias após o término do estágio (N° de vacinas cedidas pela ARSLVT mensalmente/nível de vacinas necessárias para dar resposta às necessidades do GAT (média mensal de 180 rastreios a pessoas com critério X 3 vacinas = 540 vacinas) X 100).
- Que os elementos da amostra recebam um lembrete automático a recordar dos agendamentos para vacinação (N° de pessoas que recebeu um lembrete automático / N° de pessoas incluídas na amostra X 100).
- Que os elementos da amostra recebam uma chamada telefónica para gestão das barreiras em caso de não-adesão/falta à vacinação agendada (N° de pessoas que recebeu uma chamada telefónica por não-adesão/falta à vacinação / N° de pessoas que não-aderiu/faltou à vacinação agendada X 100).

Fluxograma do Projeto “Via Verde Vacinas”



Legenda:

- Início do processo



- Ação



- Fim do Processo



- Pergunta



- Interrupção do processo



- Direção do fluxo



Apêndice XXIV: Projeto “Vacinação Sem Barreiras”

Projeto “Vacinação Sem Barreiras”

Justificação

Entre os meses de junho a novembro de 2019 foi realizado o diagnóstico de situação sobre a *“acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas e grupos vulneráveis para a realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b”* onde foram identificados dois diagnósticos de enfermagem: “Falta de conhecimento sobre a doença” (OE, 2016, p. 161) e “Barreiras à adesão” (OE, 2016, p. 42). O diagnóstico de enfermagem “Barreiras à adesão” (OE, 2016, p. 42) foi considerado prioritário. Tendo em conta que 16,1% das barreiras identificadas pelos inquiridos eram do tipo obstáculos, ou seja, barreiras externas (que não dependem do próprio), que 57,9% dos inquiridos referiu que a autoeficácia percebida se enquadra no nível 3 (autoeficácia Alta), ou seja, terão menor facilidade em ultrapassar barreiras para a ação comparativamente com outras pessoas que apresentem uma autoeficácia Máxima, e baseado nas atividades de Enfermagem referidas no capítulo das estratégias, justificou-se a criação de um projeto que facilite o acesso à vacinação contra a hepatite b não apenas no local onde se realiza o rastreio. Verifica-se que apenas a vacina mudar de sítio não é suficiente pois existem outras barreiras, ou seja, estes dados justificaram a necessidade de eliminar ou diminuir as barreiras no acesso à vacinação contra a hepatite b num centro de saúde local (CSL) de referência, para permitir um maior número de possibilidades de escolha para vacinação e porque existe a possibilidade de recusa para realizar a vacinação no GAT.

Finalidade

Contribuir para diminuir as barreiras de adesão, de pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite b, entre Novembro de 2019 e Fevereiro de 2020.

Objetivo

- Diminuir em 10% as barreiras à primeira dose de vacina contra o VHB, nas pessoas incluídas na amostra no estudo, que queiram vacinar-se no centro de saúde de referência, até fevereiro de 2020.

Indicadores de Resultado (ou impacte)

- % de pessoas incluídas na amostra que acederam à vacinação no centro de saúde de referência com sucesso (N° de pessoas incluídas na amostra que acederam à vacinação no centro de saúde de referência com sucesso / N° de pessoas incluídas na amostra que decidiram realizar vacinação no centro de saúde de referência X 100)

Coordenadores

Enfermeiro Ricardo Ferreira, até Fevereiro de 2020.

Enfermeiros Miguel Rocha e Sofia Pinto, após Fevereiro de 2020.

Horizonte temporal

Entre Novembro de 2019 e Fevereiro de 2020.

Atividades

- Desenvolver um mapa de navegação a indicar o percurso para aceder ao serviço de vacinação do centro de saúde de referência, para ser entregue às pessoas que constituem a amostra e que decidem realizar a vacinação no centro de saúde de referência, de forma a se sentirem capazes de ultrapassar as barreiras existentes.
- Desenvolver um folheto informativo a indicar, em “pergunta & resposta”, as barreiras comuns no acesso à vacinação nos centro de saúde locais, para aumentar o conhecimento sobre os seus direitos e serviços existentes, para ser entregue às pessoas que constituem a amostra e que decidem realizar a vacinação no centro de saúde de referência, de forma a lhes

facilitar a comunicação e de se sentirem capazes de ultrapassar as barreiras existentes.

- Facilitar às pessoas, que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência, uma declaração / receita médica enquadrada na Norma de 2001 para a vacinação contra a hepatite b.
- Referenciar por correio eletrónico as pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência para o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência.
- Agendar dia para a vacinação com o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência para as pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência.
- Elaborar uma carta a enviar para a DGS a sugerir a atualização da Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001, sobre a “Vacina contra a hepatite B: atualização da vacinação gratuita de grupos de risco”.

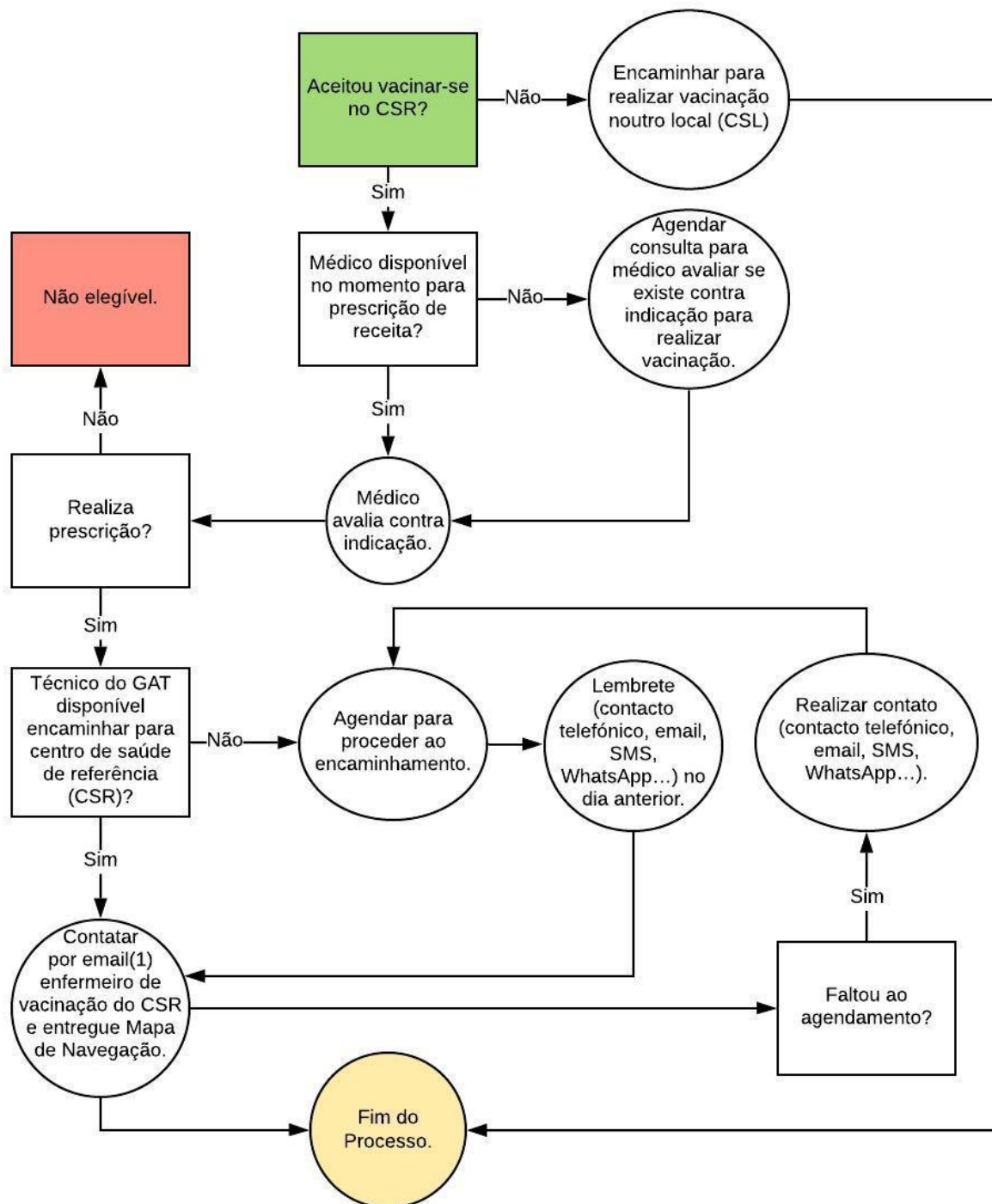
Indicadores de atividade

- Que os elementos da amostra recebam um mapa de navegação para facilitar o acesso ao centro de saúde de referência (Nº de pessoas que recebeu um mapa de navegação para facilitar o acesso ao centro de saúde de referência / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100).
- Que os elementos da amostra recebam um folheto informativo a indicar, em “pergunta & resposta”, as barreiras comuns no acesso à vacinação nos centro de saúde locais, para aumentar o conhecimento sobre os seus direitos e serviços existentes, de forma a lhes facilitar a comunicação, e de se sentirem capazes de ultrapassar as barreiras existentes (Nº de pessoas que recebeu um folheto informativo a indicar, em “pergunta & resposta”, as barreiras comuns no acesso à vacinação nos centro de saúde locais / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100).
- Que os elementos da amostra recebam uma declaração (ou receita) médica enquadrada na Norma de 2001 para a vacinação contra a hepatite b no acesso à vacinação no centro de saúde de referência (Nº de pessoas

que recebeu uma declaração (ou receita) para vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência / N° de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100).

- Que o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência receba a referenciação dos casos das pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência por correio eletrónico (N° de pessoas referenciadas por correio eletrónico que decidiram realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência / N° de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100).
- Que seja realizado um agendamento para vacinação com o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência para as pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência (N° de pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência com agendamento realizado pelo enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência / N° de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100).
- Que a DGS aceite as sugestões para a atualização da Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001, sobre a “Vacina contra a hepatite B: atualização da vacinação gratuita de grupos de risco” (N° de atualizações realizadas à Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001/ N° de atualizações sugeridas à Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001 X 100)

Fluxograma do Projeto “Vacinação Sem Barreiras”



(1) O email deve conter o nome, data de nascimento, nº de SNS (se existir), email e telefone. Deve indicar a disponibilidade da pessoa, com receita médica em anexo e colocar o utente em Cc: (se tiver email).

Legenda:

- Início do processo



- Ação



- Fim do Processo



- Pergunta



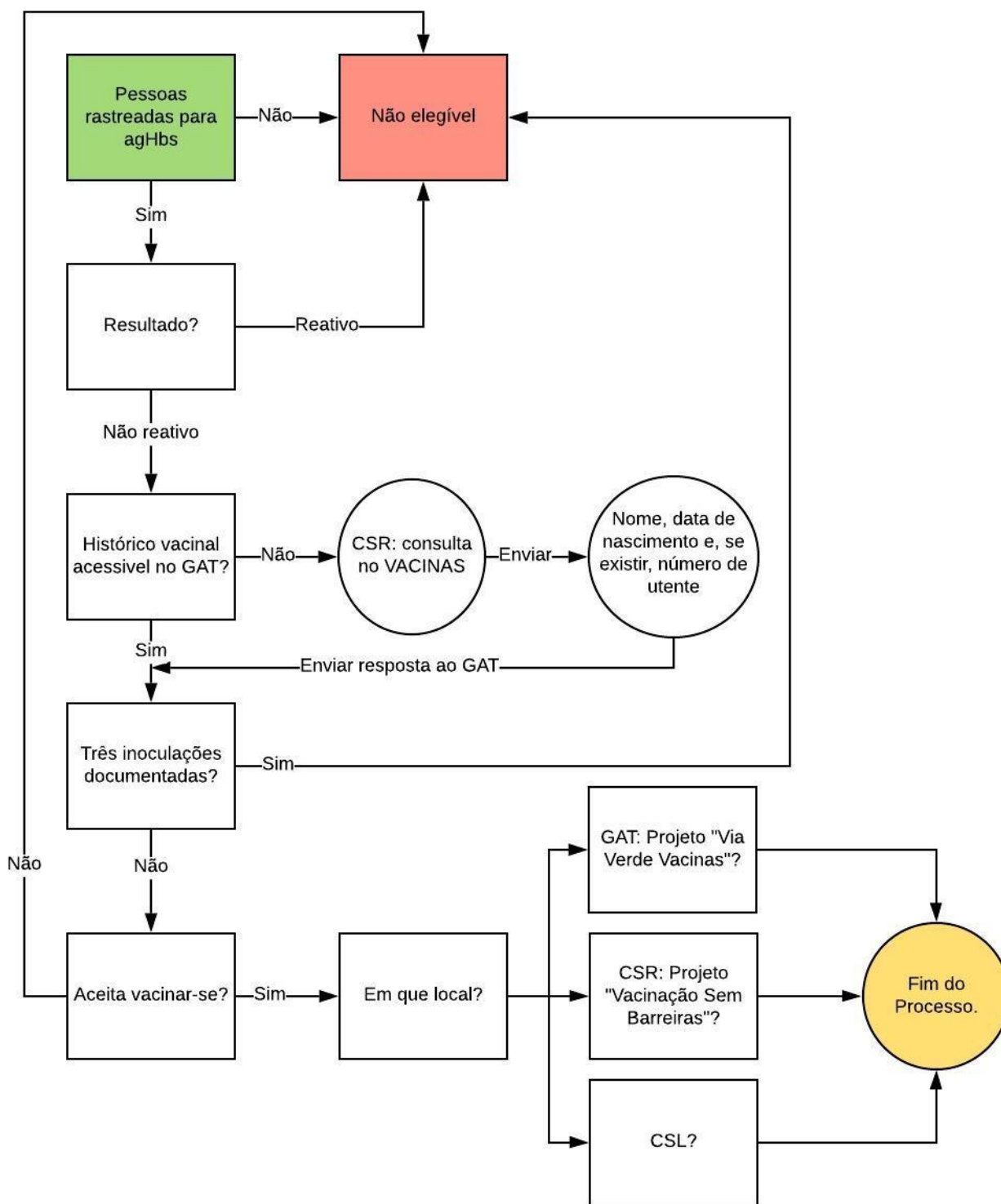
- Interrupção do processo



- Direção do fluxo



**Apêndice XXV: Fluxograma prévio aos projetos “Via Verde
Vacinas” e “Vacinação Sem Barreiras”**



Legenda:

- Início do processo



- Ação



- Fim do Processo



- Pergunta



- Interrupção do processo



- Direção do fluxo



**Apêndice XXVI: Pedido de cedência de vacinas contra hepatite b à
USP do ACES LC**



USP - ACES Lisboa Central
A/C: Exma. Senhora Liliana Ferreira,
Enfermeira Responsável da Vacinação
Rua São Ciro, 36
1200-830 Lisboa

S/Referência	Sua Comunicação	N/Referência	Data
		115/19-MR/rp	09/07/2019

Assunto: Pedido para cedência de vacinas contra hepatite b ao GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos.

Exma. Senhora Enfermeira Liliana Ferreira,

A Direção Geral da Saúde tem como visão interromper a transmissão do vírus da hepatite b em Portugal, garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde e eliminar a hepatite b em 2030, enquanto problema de saúde pública¹.

O GAT vem por este meio averiguar se a ARSLVT IP / ACES Lisboa Central pode disponibilizar vacinas contra hepatite b às suas unidades de saúde de base comunitária para permitir a acessibilidade e diminuir barreiras aos seus utilizadores adultos, que se encontram enquadrados na Circular Normativa da DGS nº 15/DT de 20012, a saber: pessoas trans, homens que têm sexo com homens, pessoas que usam drogas por via injetada, pessoas que fazem trabalho sexual e migrantes de países de elevada prevalência para hepatite B.

O GAT compromete-se a reunir as condições necessárias para a administração desta vacina às pessoas com critério, entre as quais a manutenção da rede de frio, de acordo com a Orientação da DGS nº 23 de 2017. Uma das suas unidades de saúde

1 Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para as Hepatites Virais*. Lisboa: DGS.

2 Direção Geral de Saúde [DGS] (2001). *Vacina contra a hepatite B: actualização da vacinação gratuita de grupos de risco*. Circular Normativa da DGS Nº 15/DT de 15/10/2001. Lisboa: DGS.



de base comunitária – CheckpointLX – foi auditada pela USP do ACES Lisboa Central durante o surto de hepatite A e obteve aprovação para a conservação destas vacinas no centro (Anexo I). Esta unidade de saúde do GAT administra vacinas contra hepatite A, B e HPV, prescritas pelos médicos do centro e adquiridas pelos utentes nas farmácias comunitárias, desde 2017.

O GAT compromete-se ainda a enviar os dados necessários à atualização do VACINAS das pessoas que forem vacinas para hepatite B nas suas unidades de saúde de base comunitária, em sistema de informação a combinar. Quando consentido, informará igualmente sobre a vacinação contra hepatite A e HPV feita nos seus centros.

Quem somos e o que fazemos?

O GAT é uma organização não-governamental, sem fins lucrativos registada como IPSS com o nº 11/04 no Livro n 2º das Instituições com Fins de Saúde, e sede em Lisboa. O GAT tem acordo de cooperação com a ARSLVT IP para a prestação de sessões de rastreio, consultas médicas e consultas de enfermagem (Anexo II). Tem 5 unidades de saúde de base comunitária registadas na Entidade Reguladora da Saúde: In-Mouraria (situada na Mouraria), Espaço Intendente (situada no Intendente), CheckpointLX (situada perto do Príncipe Real), Unidade Móvel de Consumo Vigiado em parceria com os Médicos do Munto e Move-se (uma unidade móvel que percorre várias zonas da península de Setúbal) (Anexo III). Em todas as unidades de saúde do GAT é disponibilizado um programa de rastreio a VHB (Anexo IV).

No ano civil de 2017, foram realizados 4 897 testes para VHB e identificadas 147 infeções por VHB. Entre pessoas com rastreio reativo para AgHBs, 105 (71.4%) foram ligadas às consultas médicas de especialidades nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para diagnóstico, monitorização e/ou tratamento. As pessoas com rastreio não reativo para AgHBs foram encaminhadas para vacinação



gratuita nos centros de saúde ao abrigo da Circular Normativa da DGS nº 15/DT de 2001 – acompanhadas da respetiva prescrição da vacina, que permite o início do esquema vacinal aos adultos de forma autónoma pelos enfermeiros, conforme página 57 do PNV 2017. A maioria das pessoas encaminhadas (elegíveis à vacina) é migrante, sem inscrição regularizada no SNS, reportando barreiras e/ou dificuldades na acessibilidade ao SNS. Este pedido visa complementar a resposta formal do ACES Lisboa Central, criando uma resposta local a pessoas triadas como não tendo hepatite B, sem histórico vacinal e que aceitam ser vacinadas.

Gratos desde já pela atenção dispensada a este pedido, apresentamos os melhores cumprimentos.

Pelo GAT,

Assinatura do Presidente do GAT

Assinatura do Enfermeiro responsável do GAT

Assinatura do Enfermeiro de ligação ao ACES Lisboa Central

Em anexo:

Anexo I – Auditoria pela USP ACES Lisboa Central ao CheckpointLX

Anexo II – Acordo de Cooperação ARSLVT IP e GAT

Anexo III – Certidões de registos das unidades de saúde do GAT

Anexo IV – Programa de rastreio a VHB do GAT

GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos

Av. Paris, 4 – 1º direito 1000-228 Lisboa NIF 506 248 259 E-mail: geral@gatportugal.org
Tel: 210 967 826 Fax 210 938 216 Móvel 913 606 295 Registada como I.P.S.S. com o n.º 11/2004

Apêndice XXVII: Folheto para o projeto “Vacinação Sem Barreiras”



Perguntas frequentes
sobre o **ACESSO**
GRATUITO à VACINA
contra a **HEPATITE B**

Quem pode fazer a vacina gratuitamente?

Todas as pessoas a residir em Portugal e que não estejam vacinadas. As pessoas maiores de 18 anos têm de apresentar uma receita médica com referência à Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde Nº 15/DT de 15/10/2001.

Onde posso obter a receita médica gratuita?

Em qualquer um dos centros de rastreio do GAT, após teste rápido não reativo para vírus da hepatite B.

GAT - CheckpointLX	GAT - In Mouraria	GAT - Espaço Intendente	GAT'Afrik
Centro dirigido a homens que têm sexo com homens.	Centro dirigido a pessoas que usam drogas.	Centro dirigido a pessoas que fazem trabalho sexual.	Centro dirigido a pessoas migrantes de origem africana.
2ª a 6ª 12:00 às 20:00	2ª a 6ª 14:00 às 16:00 17:00 às 20:00	2ª a 6ª 16:00 às 20:00	2ª a 6ª 12:00 às 20:00
Travessa Monte do Carmo 2, 1200-277 Lisboa	Calçada de Santo André 79, 1100-496 Lisboa	Rua Antero de Quental, 8-A - Lisboa	gatafrik@gatportugal. org

Onde posso fazer a vacina gratuitamente?

Em todos os centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da área de residência e local de inscrição.

O que posso esperar quando lá for?

- Inscrição obrigatória no centro de saúde: necessária para registar o atendimento. Levar identificação e, caso migrante, o atestado de residência emitido pela Junta de Freguesia.
- Tempo de espera imprevisível: as crianças têm prioridade e o atendimento pode demorar.
- Falta de vacinas: as vacinas para adultos são limitadas. Pode ser necessário reagendar o atendimento com o/a enfermeiro/a para outro dia.
- Informarem que a vacina não está recomendada: a maioria das pessoas vacina-se em criança, pelo que alguns profissionais acham, erradamente, que a vacina não é para os adultos. A receita médica confirma que sim, é seu direito fazer a vacina.

**Apêndice XXVIII: Mapa de Navegação para o projeto “Vacinação
Sem Barreiras”**

VACINA CONTRA HEPATITE B

Onde é o serviço de vacinação do centro de saúde UCSP Alameda?



Saída de metro na estação da Alameda
Saída de metro mais próxima da UCSP Alameda
Fonte Luminosa
UCSP Alameda (Centro de Saúde da Alameda)

Morada Rua Carvalho Araújo, 103, 1900-181 Lisboa
Carris Autocarros 708, 713, 717, 718, 720 e 735
Comboio Estação de comboios de Roma-Areeiro

Enfermeiro de referência Ricardo Ferreira
Email ucspalameda.vacinacao@arslvt.min-saude.pt
Telefone 218 105 000



Estação de metro da Alameda: Usar a Saída em direcção à Rua Carvalho Araújo.



Saída do metro: Seguir em frente até encontrar prédio azul à direita.



Chegando ao prédio azul, virar à direita.



Entrar no prédio azul, é o centro de saúde USCP Alameda.



Seguir em frente, até ao fim do corredor e virar à direita.



Entrar no elevador e seleccionar o 1º piso.



À saída do elevador, virar à esquerda. Na sala de espera, entrar na porta de vidro, à esquerda.



Seguir em frente e virar à esquerda.



Seguir em frente, até à segunda sala de espera. A porta número 8 é a do serviço de vacinação.



Bater à porta e aguardar. Perguntar pelo Enfermeiro Ricardo Ferreira.

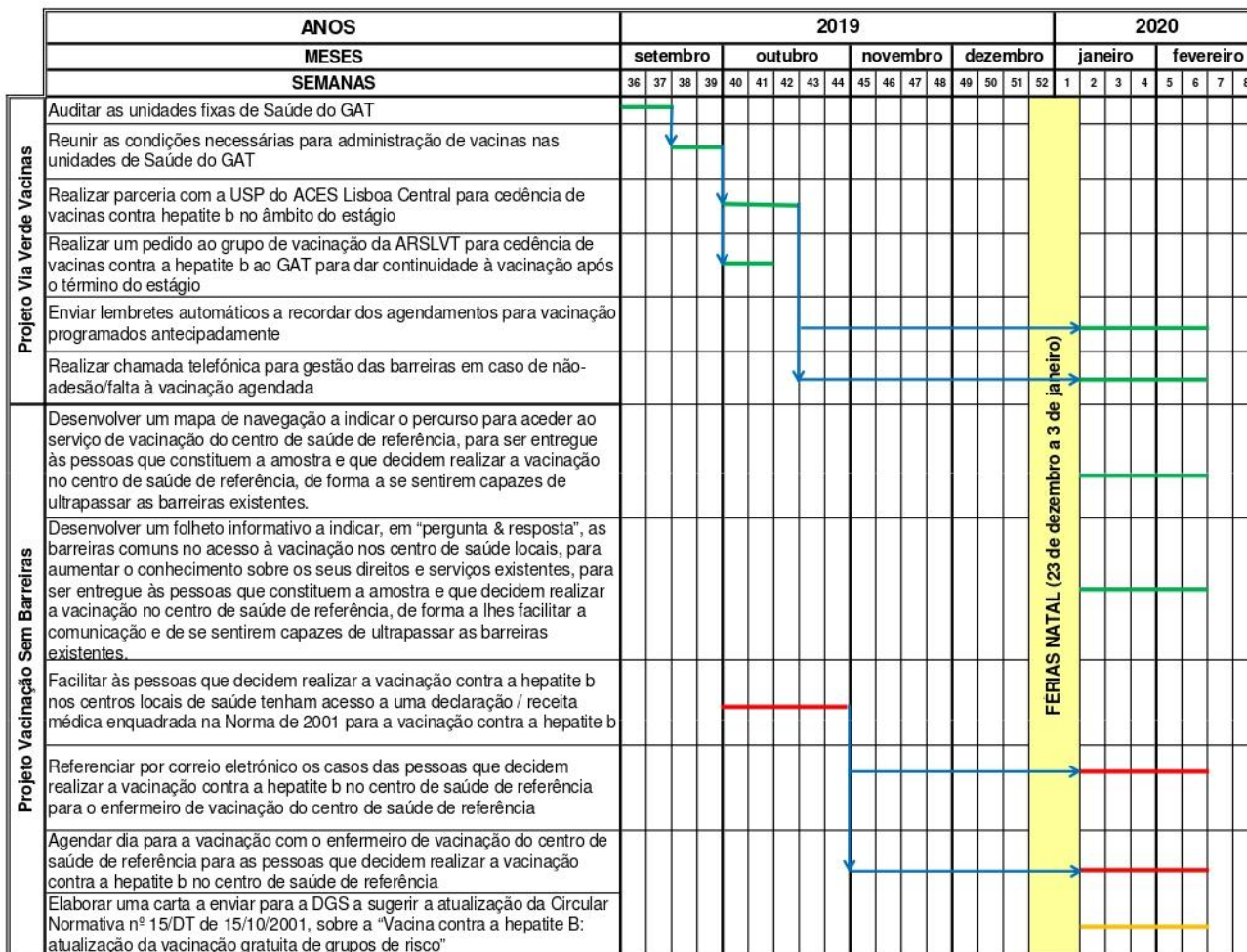
Apêndice XXIX: Diagrama de Gantt

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



Diagrama de Gantt das atividades dos projetos:

1º Serviço de vacinação comunitário contra a hepatite b e 2º Encaminhamento para vacinação contra a hepatite b nos centros de saúde locais.



Legenda:

- Sentido das atividades →
- Atividades realizadas →
- Atividades por realizar →
- Atividades não realizadas →

Ricardo Alexandre Sousa Ferreira nº 8917

Apêndice XXX: Avaliação dos indicadores de atividade

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS E GRUPOS
VULNERÁVEIS PARA REALIZAR A VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE B

Atividades	Indicadores de Atividade (ou execução)	Fórmula de avaliação	Percentagem a atingir (%)	Percentagem atingida (%)	Indicador atingido
• Auditar as unidades fixas de Saúde do GAT	• Auditar as 3 unidades de Saúde do GAT (Nº de unidades de Saúde auditadas / Nº de unidades de Saúde a auditar X 100)	3/3X100	100%	100%	Sim
• Reunir as condições necessárias para administração de vacinas nas unidades de Saúde do GAT	• Que 2 das 3 unidades de Saúde do GAT reúnam as condições necessárias para administração de vacinas (Nº de unidades de Saúde com condições para realizar vacinação / Nº de unidades de Saúde do GAT X 100)	2/3X100	66,67%	66,67%	Sim
• Realizar parceria com a USP do ACES LC para cedência de vacinas contra hepatite b no âmbito do estágio	• Que a USP do ACES LC ceda o número total de vacinas contra o VHB necessárias para completar o esquema vacinal das pessoas incluídas na amostra (57 vacinas) (Nº de vacinas disponibilizadas pela USP / Nº de vacinas necessárias X 100)	57/57X100	100%	100%	Sim
• Realizar um pedido ao grupo de vacinação da ARSLVT para cedência de vacinas contra o VHB ao GAT para dar continuidade à vacinação após o término do estágio	• Que o grupo de vacinação da ARSLVT aceite realizar um protocolo com o GAT para cedência mensal das vacinas necessárias após o término do estágio (Nº de vacinas cedidas pela ARSLVT mensalmente / nível de vacinas necessárias para dar resposta às necessidades do GAT (média mensal de 180 rastreios a pessoas com critério X 3 vacinas = 540 vacinas) X 100)	0/180X100	100%	0%	Não
• Enviar lembretes automáticos a recordar dos agendamentos para vacinação programados antecipadamente	• Que os elementos da amostra recebam um lembrete automático a recordar dos agendamentos para vacinação (Nº de pessoas que recebeu um lembrete automático / Nº de pessoas incluídas na amostra X 100)	19/19X100	100%	100%	Sim
• Realizar chamada telefónica para gestão das barreiras em caso de não-adesão/falta à vacinação agendada	• Que os elementos da amostra recebam uma chamada telefónica para gestão das barreiras em caso de não-adesão/falta à vacinação agendada (Nº de pessoas que recebeu uma chamada telefónica por não-adesão/falta à vacinação / Nº de pessoas que não-aderiu/faltou à vacinação agendada X 100)	2/2X100	100%	100%	Sim
• Desenvolver um mapa de navegação a indicar o percurso para aceder ao serviço de vacinação do centro de saúde de referência, para ser entregue às pessoas que constituem a amostra e que decidem realizar a vacinação no centro de saúde de referência, de forma a se sentirem capazes de ultrapassar as barreiras existentes	• Que os elementos da amostra recebam um mapa de navegação para facilitar o acesso ao centro de saúde de referência (Nº de pessoas que recebeu um mapa de navegação para facilitar o acesso ao centro de saúde de referência / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100)	0/0X100	<10%	0%	Sim

<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver um folheto informativo a indicar, em “pergunta & resposta”, as barreiras comuns no acesso à vacinação nos centro de saúde locais, para aumentar o conhecimento sobre os seus direitos e serviços existentes, para ser entregue às pessoas que constituem a amostra e que decidem realizar a vacinação no centro de saúde de referência, de forma a lhes facilitar a comunicação e de se sentirem capazes de ultrapassar as barreiras existentes 	<ul style="list-style-type: none"> Que os elementos da amostra recebam um folheto informativo a indicar, em “pergunta & resposta”, as barreiras comuns no acesso à vacinação nos centro de saúde locais, para aumentar o conhecimento sobre os seus direitos e serviços existentes de forma a lhes facilitar a comunicação e de se sentirem capazes de ultrapassar as barreiras existentes (Nº de pessoas que recebeu um folheto informativo a indicar, em “pergunta & resposta”, as barreiras comuns no acesso à vacinação nos centro de saúde locais / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100) 	0/0X100	<10%	0%	Sim
<ul style="list-style-type: none"> Facilitar às pessoas, que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência, uma declaração / receita médica enquadrada na Norma de 2001 para a vacinação contra o VHB 	<ul style="list-style-type: none"> Que os elementos da amostra recebam uma declaração (ou receita) médica enquadrada na Norma de 2001 para a vacinação contra o VHB no acesso à vacinação no centro de saúde de referência (Nº de pessoas que recebeu uma declaração (ou receita) para vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100) 	0/0X100	<10%	0%	Sim
<ul style="list-style-type: none"> Referenciar por correio eletrónico as pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência para o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência 	<ul style="list-style-type: none"> Que o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência receba a referência dos casos das pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência por correio eletrónico (Nº de pessoas referenciadas por correio eletrónico que decidiram realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100) 	0/0X100	<10%	0%	sim
<ul style="list-style-type: none"> Agendar dia para a vacinação com o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência para as pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência 	<ul style="list-style-type: none"> Que seja realizado um agendamento para vacinação com o enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência para as pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência (Nº de pessoas que decidem realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência com agendamento realizado pelo enfermeiro de vacinação do centro de saúde de referência / Nº de pessoas da amostra que decidiu realizar a vacinação contra o VHB no centro de saúde de referência X 100) 	0/0X100	<10%	0%	Sim
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar uma carta a enviar à DGS a sugerir a atualização da Circular Normativa nº 15/DT de 	<ul style="list-style-type: none"> Que a DGS aceite as sugestões para a atualização da Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001, sobre a “Vacina contra a hepatite B: atualização da vacinação gratuita de 	0/3X100	100%	0%	Não

15/10/2001, sobre a "Vacina contra a hepatite B: atualização da vacinação gratuita de grupos de risco"	grupos de risco" (Nº de atualizações realizadas à Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001/ Nº de atualizações sugeridas à Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001 X 100)				
--	--	--	--	--	--

Apêndice XXXI: Poster com o título “Impacto da mudança de género no sistema familiar”, no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar

IMPACTO DA MUDANÇA DE GÊNERO NO SISTEMA FAMILIAR

Ana Romãozinho¹; Fátima Moreira²; Patrícia Caetano³; Ricardo Ferreira⁴; Sofia Medronheira⁵

ana.romaozinho@campus.esel.pt¹; mrodrigues@esel.pt²; ricardoasferreira@campus.esel.pt³; patricia.caetano@campus.esel.pt⁴; sofiaestevens@campus.esel.pt⁵

INTRODUÇÃO

- O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) é um referencial teórico que corresponde a uma estrutura multidimensional e integrada com características de flexibilidade e colaborativismo, não hierárquico, que conduz o enfermeiro na avaliação e intervenção familiar, funcionando este como o input para que as famílias possam encontrar aptidões para ultrapassar dificuldades e potenciar a qualidade de saúde familiar. Por conseguinte, os cuidados de enfermagem à família pretendem a capacitação da família na consecução do seu projeto de saúde, pela mobilização de recursos internos e externos, pela promoção da sua autonomia e fortalecimentos das relações (Figueiredo, 2012).

OBJETIVOS

Apreciar as diferentes dimensões da família Z.

Identificar áreas de atenção alteradas, para posterior intervenção sistémica.

METODOLOGIA

Estudo de caso, centrado no processo de apreciação familiar utilizando o MCAIF.

Recolha de informação por entrevistas semiestruturadas a dois membros da família, em contexto de consulta de enfermagem. Foram assegurados os princípios éticos neste estudo.

Mobilizados diversos instrumentos de avaliação familiar para apreciar a sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento.

RESULTADOS

Família nuclear formada por um casal heterossexual e um filho do sexo feminino (22 anos) que mudou de género (para masculino) e pretende mudar de sexo

ESTRUTURA INTERNA

Gênero

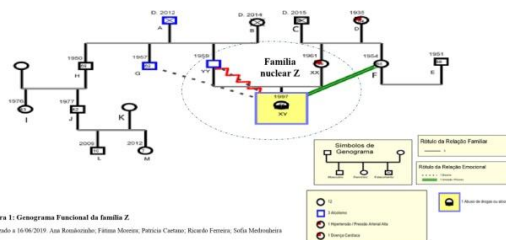
Gênero masculino.
Nesta família reconhece-se uma tradição de cisgênero. Filho identifica-se como pessoa de transgênero. Pai e filho apresentam uma identidade de gênero masculina.

Orientação sexual

Na família nuclear e extensa as orientações sexuais são expressas num modelo cultural de cisgênero. O filho é homossexual com relações íntimas, desde adolescente. Na fase de jovem adulto assume o transgênero, com mudança de nome e gênero, de feminino para masculino.

Subsistemas

Nesta família o subsistema conjugal tem consolidados os papéis de cônjuges heterossexuais. No subsistema mãe-filho é aceite a mudança de gênero. O subsistema pai-filho está a viver o processo de alteração de gênero, com dificuldade na sua aceitação.



DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Estágio do ciclo vital

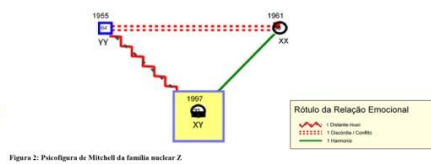
- Estágio 5: Encaminhamento dos filhos e saída de casa (Carter & Goldrick, 1995).

Linha de vida de Medalie

- 2013: Filha assume vontade de mudar de sexo (diagnosticada taquicardia paroxística à mãe; agravamento de alcoolismo do pai).
- 2015: Inicia tratamento hormonal.
- 2017: Filha submete-se a mastectomia bilateral; Pai tem acidente de viação grave (pai inicia tratamento de alcoolismo).
- 2018: Mudança de nome e gênero da filha (de feminino para masculino).

Diagrama de vínculos

- Relação pai-filho distante, que no passado já foi conflituosa.
- Relação mãe-filho afetuosa e forte.
- Relação conjugal próxima mas conflituosa.



DIMENSÃO FUNCIONAL

APGAR Familiar

- Disfunção acentuada (por XY).

Escala de Qualidade de Vida Familiar

- Nível moderado de qualidade de vida familiar (por XY).

Escala de COPES

- Utilização moderada de estratégias de coping familiar (por XY).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ESTABELECIDOS PELA TAXONOMIA CIPE®, APÓS A AVALIAÇÃO FAMILIAR

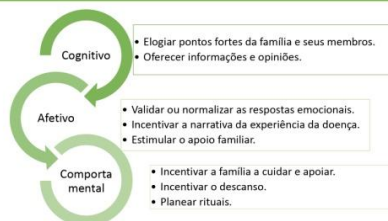
DIMENSÃO	FOCO E JUÍZO	DIAGNÓSTICO
Desenvolvimento	Satisfação conjugal - Não mantida	Relação dinâmica disfuncional Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos-comprometido Comunicação não eficaz 1. O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um-comprometido 2. O casal chega a acordo quando há discordância de opinião-comprometido 3. Satisfação com o padrão de comunicação do casal-comprometido
Funcional	Processo familiar - Disfuncional	Comunicação Familiar não eficaz 1. Comunicação Emocional Comprometida 2. Comunicação verbal/ Não verbal comprometida Coping Familiar não eficaz Solução de problemas comprometida Relação dinâmica disfuncional Funcionalidade da família comprometida

CONCLUSÕES

Na abordagem sistémica desta família, a viver um processo de transição, mobilizámos o MCAIF que foi estruturante para organizar a recolha de informação, compreender as várias dimensões familiares, conhecer a família, estabelecer uma relação de proximidade e de colaboração.

As intervenções centram-se em restabelecer o padrão de comunicação da família que se alterou face à mudança, não aceite pelo subsistema paternal.

Segundo o MCAIF, as intervenções de enfermagem familiar enfocam "a promoção, a melhoria e a sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental" (Wright & Leahey, 2011, p. 156).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. (2ª ed.). Porto Alegre: ARTEMED; Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Editora Lusodidacta; Kaakinen, J. R. & Birenbaum, L. K. (2011). Desenvolvimento da Família e Apreciação de Enfermagem da Família. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (Capítulo 24, pp. 574-604) (7ª ed.). Lisboa: Lusodidacta; McCubbin, H. I., Olson, D. H. & Larsen, A. S. (1991). Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. Retrieved from PsycTests, American Psychological Association, PsycNET Direct. <http://dx.doi.org/10.1037/02213-000>; Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias – Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Editora Roca Ltda.

DECLARAÇÃO

Declara-se que os autores Ana Teresa Romãozinho, Ricardo Ferreira, Patrícia Caetano, Sofia Medronheira, Fátima Moreira apresentaram a comunicação por póster com o título Impacto da mudança de género no sistema familiar no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar, promovido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado nos dias 16, 17 e 18 de outubro de 2019, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em Lisboa.

Lisboa, 18 de outubro, 2019


SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar
R. 603 de Malpique nº 115, 2º Dt.
1600-203 Matosinhos

Presidente da Comissão Científica


(Professora Doutora Manuela Ferreira)

**Apêndice XXXII: Poster subordinado ao tema “O Enfermeiro
Especialista em Enfermagem Comunitária na Promoção da
Atividade Física no Adulto” nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem
Comunitária da ESEL – Saúde e sociedade: Pensar a enfermagem
comunitária no século XXI**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Promoção da Atividade Física no Adulto

Caetano, Patrícia¹; Ferreira, Ricardo²; Medronheira, Sofia³ & Romãozinho, Ana⁴

(patricia.caetano@campus.esel.pt; ricardo.ferreira@campus.esel.pt; sofiaestevens@campus.esel.pt; ana.romaozinho@campus.esel.pt)

¹ACES Lisboa Central - USF Sofia Abecassis; ²ACES Lisboa Central - UCSF Alameda; ³ACES Arco Ribeirinho - USF Afonsoeiro; ⁴ACES Lisboa Central - USF S. João Ev. Lóios

Introdução

- ❑ A inatividade física foi considerada pela OMS como o 4º fator de risco para a mortalidade global (WHO, 2010).
- ❑ 75 a 80% da população adulta em Portugal não é suficientemente ativa para obter benefícios importantes na sua saúde (DGS, 2017).
- ❑ A diminuição da inatividade física, resultaria num aumento da esperança média de vida de 0,9 anos em Portugal (DGS, 2016a).
- ❑ Os custos anuais da inatividade física em Portugal, foram estimados em 900 milhões de euros (Ministério da Saúde, 2018).
- ❑ A prática regular de atividade física contribui para a prevenção e tratamento das doenças crónicas não transmissíveis e contribui para a saúde mental, melhoria da qualidade de vida e bem-estar (WHO, 2018).
- ❑ A prática regular do exercício físico é, isoladamente, uma das atividades promotoras de saúde mais importante (Almeida, 2005).
- ❑ O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP) contribui para o processo de capacitação de grupos ou famílias (OE, 2018)

Objetivos

- Analisar a prevalência da inatividade física em Portugal.
- Identificar benefícios e recomendações da AF no adulto.
- Reconhecer o papel do EEECSPP na promoção da atividade física.

Metodologia

- ▲ Revisão narrativa da literatura de fontes de informação nacional e internacional e bases de dados científicas MEDLINE e CINAHL.
- ▲ Pesquisa de dados epidemiológicos em sites e documentos da OMS, DGS, INE.

Resultados

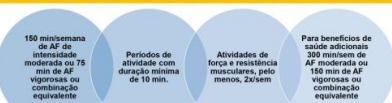


Em Portugal, aproximadamente 7 em cada 10 pessoas com mais de 15 anos (74%) **nunca** pratica exercício físico ou faz desporto

Em Portugal, aproximadamente 6 em cada 10 pessoas com mais de 15 anos (64%) **nunca** realiza outras atividades físicas



Recomendações da OMS para a AF no Adulto



Barreiras à AF (Eurobarómetro 2017)	Estratégias (Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender)
Falta de Tempo (43%)	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar atividades de 1 semana • Identificar intervalos de tempo diários disponíveis para AF (mínimo 3 de 30 min) • Incluir AF na rotina diária • Selecionar atividades que requeiram o mínimo tempo possível
Falta de Motivação ou Interesse (33%) e Falta de gosto pela competição (8%)	<ul style="list-style-type: none"> • Planear com antecedência a AF; • Incluir AF no horário diário ou semanal, registando-a na agenda. • Convidar um amigo para essa rotina incluindo também o seu agendamento escrito • Participar em grupos ou aulas de AF
Demasiado caro (13%) e Poucas Infraestruturas (2%)	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar AF que requeira o mínimo de condições ou uso de equipamentos • Identificar recursos para AF que a comunidade pode fornecer de baixo custo
Incapacidade ou Doença (10%)	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar profissional de saúde que avalie a capacidade e recomende o nível de participação na AF. • Realizar a AF possível, qualquer nível de AF tem benefícios na saúde,
Receio de lesão (3%)	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender como realizar exercícios de aquecimento e alongamento para prevenir lesões; • Adequar a AF de acordo com a idade, capacidade física e estado de saúde • Escolher atividades de risco mínimo
Falta de companhia (1%)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o interesse pessoal na AF a amigos e família, solicitando o seu apoio nos esforços individuais; • Convidar amigos e família para praticar a AF; • Planear atividades sociais que envolvam AF. • Desenvolver novas amizades com pessoas "ativas"

Discussão

- ▲ A prática da AF de acordo com as recomendações da OMS beneficia a saúde das pessoas.
- ▲ A AF é um determinante de saúde relevante.
- ▲ A promoção da AF, baseada no MPS, é facilitadora da intervenção de enfermagem, pois sugere estratégias individualizadas para ultrapassar os obstáculos identificados para a AF.
- ▲ De acordo com as competências descritas do EEECSPP (OE, 2018), considera-se o profissional de saúde melhor habilitado para realizar e cooperar na vigilância epidemiológica da prevalência da inatividade física, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades para a promoção da AF, planeando estratégias de intervenção na comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde.

Conclusão

- Verifica-se uma elevada prevalência da inatividade física na população com mais de 15 anos, em Portugal.
- O EEECSPP, ao identificar a elevada prevalência da inatividade física e reconhecer o impacto da problemática na saúde, considerando as suas competências específicas, situa-se numa posição privilegiada para promover a atividade física na comunidade através de intervenções custo-efetivas, baseadas nas recomendações estratégicas nacionais, obtendo ganhos em saúde.

Referências Bibliográficas

Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em saúde*, 23(1), 91-96. Direção Geral da Saúde (2016a). *Modelo de Governança A 2020 - Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Direção Geral da Saúde (2016b). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. European Union (2017). *Special Eurobarometer 472 - December 2017 "Sport and physical activity"* Report. European Union. Versão online. DOI:10.7766/EB0472. Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde. Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-07-2018), 19354-19359. World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization. World Health Organization (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization.

**PRIMEIRAS
JORNADAS
DE ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA
DA ESEL**

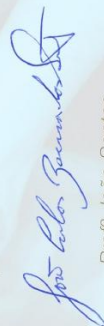
Saúde e Sociedade:
Pensar a enfermagem
comunitária no
século XXI

21 de Novembro de 2019
POLO ARTUR RAVARA

CERTIFICADO

Sofia Medronheira; Ana Romãozinho; Patricia Caetano; Ricardo Ferreira, participaram com um poster subordinado ao tema “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Promoção da Atividade Física no Adulto ” nas **1.ªs JORNADAS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA DA ESEL – Saúde e Sociedade: Pensar a enfermagem comunitária no século XXI**, realizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 21 de novembro de 2019.

Lisboa, 21 de Novembro de 2019



Prof.º João Santos



Apêndice XXXIII: Poster subordinado ao tema “Barreiras percebidas e acesso à vacinação em adultos não vacinados contra VHB” nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem Comunitária da ESEL – Saúde e sociedade: Pensar a enfermagem comunitária no século

INTRODUÇÃO

O vírus da hepatite B (VHB) infecta o fígado, causando inflamação, cancro e necrose hepatocelulares (WHO, 2015). É prevenível com 3 doses de vacina contra VHB e a proteção é vitalícia (WHO, 2019). Em Portugal a vacina é universal para os menores de idade (DGS, 2017) e maiores de idade não vacinados e em situação de risco (DGS, 2001). A cobertura vacinal estimada é de 94% (DGS, 2017). O Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) oferece rastreio rápido a VHB, dirigido a grupos prioritários e migrantes na Área Metropolitana de Lisboa. As pessoas com rastreio não reativo, são encaminhadas para os centros de saúde locais (CSL). A análise das barreiras no acesso à saúde é crítica para a imunidade de grupo e cobertura universal de saúde (WHO, 2017).

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi descrever as barreiras percebidas pelos técnicos do GAT no acesso à vacinação nos CSL – 1ª fase do diagnóstico de situação.

METODOLOGIA

Qualitativa. Análise de conteúdo (Bardin, L., 2011). A unidade de registo foi o tema, a unidade de contexto a resposta ao tema, e a unidade de enumeração a frequência da resposta ao tema. O corpus da análise é constituído pelo registo escrito do entrevistador das 4 entrevistas aos técnicos do GAT.

DISCUSSÃO

Foram identificados os seguintes temas: (a) medo de ser repatriado/a (n=1); (b) falta de conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde (n=1); (c) falta de tempo para ir/permanecer no centro de saúde (n=2); (d) medo de ser reconhecido no centro de saúde pela sua condição de vulnerabilidade (n=1); (e) poucos recursos económicos (n=1). Estes temas correspondem a barreiras à ação (Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A., 2011) – percepções de indisponibilidade, inconveniência, despesa, dificuldades ou natureza demorada de uma determinada ação. Estas barreiras dividem-se em bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais em assumir determinado comportamento (Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A., 2011). Os técnicos do GAT reportaram temas que se inserem nas barreiras à ação do tipo bloqueio mental – (a) e (d) – do tipo obstáculos – (b) e (c) – do tipo custos pessoais – (e).

Barreiras percebidas pelos colaboradores do GAT

- 1  Medo de ser repatriado (a)
- 1  Falta de conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde
- 2  Falta de tempo para ir /permanecer no centro de saúde
- 1  Medo de ser reconhecido no centro de saúde pela sua condição de vulnerabilidade
- 1  Recursos económicos

CONCLUSÃO

As barreiras percebidas pelos colaboradores do GAT sugerem que o local (CSL) é a génese da maioria das barreiras à ação para o início da vacinação contra VHB entre as pessoas rastreadas no GAT. Estas barreiras percebidas estão a ser validadas com as pessoas rastreadas que procuram iniciar a vacinação contra VHB após o rastreio não reativo no GAT – 2ª fase do diagnóstico de situação. Uma parceria entre o ACES Lisboa Central e o GAT, com objetivo de aumentar a acessibilidade à vacina contra VHB em local com maior aceitabilidade [nos centros do GAT], foi considerada e o impacto da medida irá ser avaliado.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2001). *Vacina contra a hepatite B: atualização da vacinação gratuita de grupos de risco*. Circular Normativa da DGS Nº 15/DT de 15/10/2001. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para as Hepatites Virais*. Lisboa: DGS.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (Sixth Edition ed.). New Jersey: Pearson Education.
- World Health Organization [WHO], (2015). *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis b infection - march 2015*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO], (2017). *Beyond the barriers: Framing evidence on health system strengthening to improve the health of migrants experiencing poverty and social exclusion*. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259486/9789241513364-eng.pdf;jsessionid=D2D49739D8E659AE78717BB032BA8253?sequence=1>
- World Health Organization [WHO], (2019). *Hepatitis B*. Acedido a 06/03/2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

PRIMEIRAS JORNADAS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA DA ESEL

Saúde e Sociedade:
Pensar a enfermagem
comunitária no
século XXI

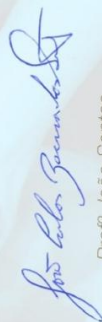
21 de Novembro de 2019
POLO ARTUR RAVARA

CERTIFICADO

Ricardo Ferreira; Lourdes Varandas; Miguel Rocha, participaram com um poster subordinado ao tema “Barreiras percebidas e acesso à vacinação em adultos não vacinados contra VHB” nas **1.ªs JORNADAS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA DA ESEL –**

Saúde e Sociedade: Pensar a enfermagem comunitária no século XXI, realizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 21 de novembro de 2019.

Lisboa, 21 de Novembro de 2019

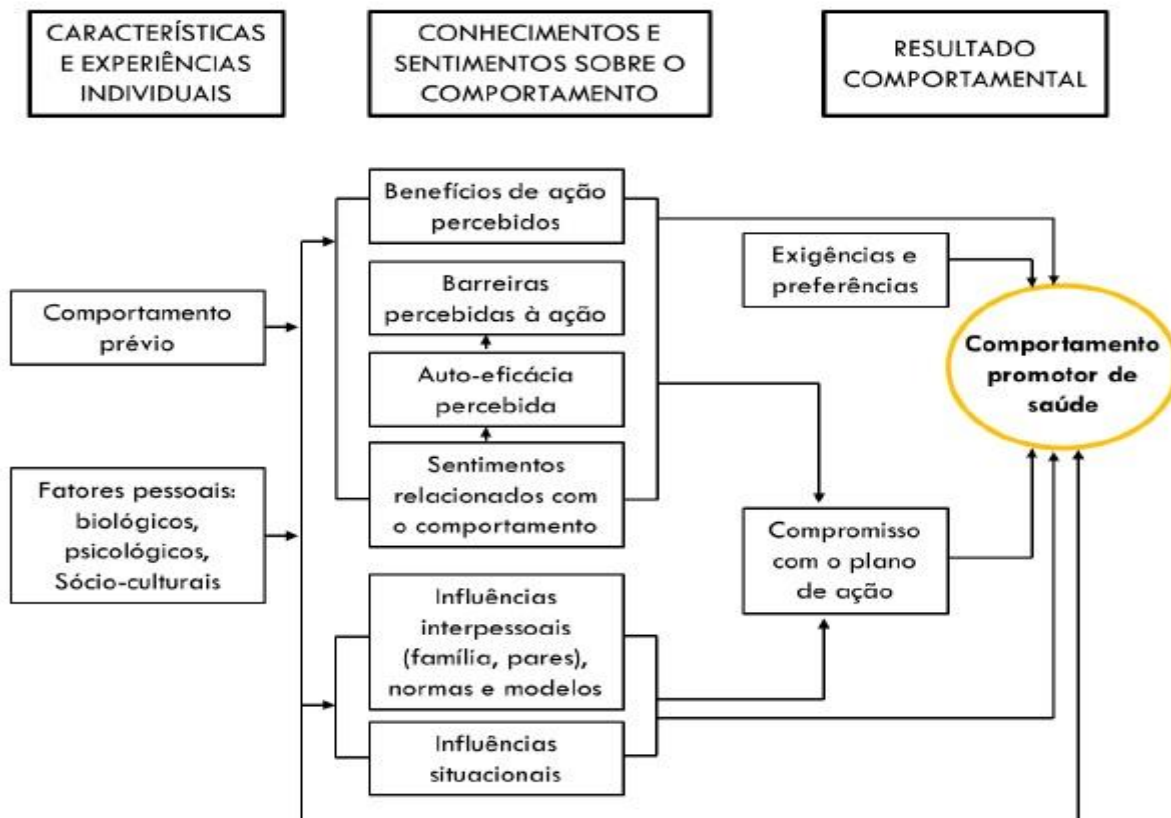


Prof.º João Santos

ANEXOS

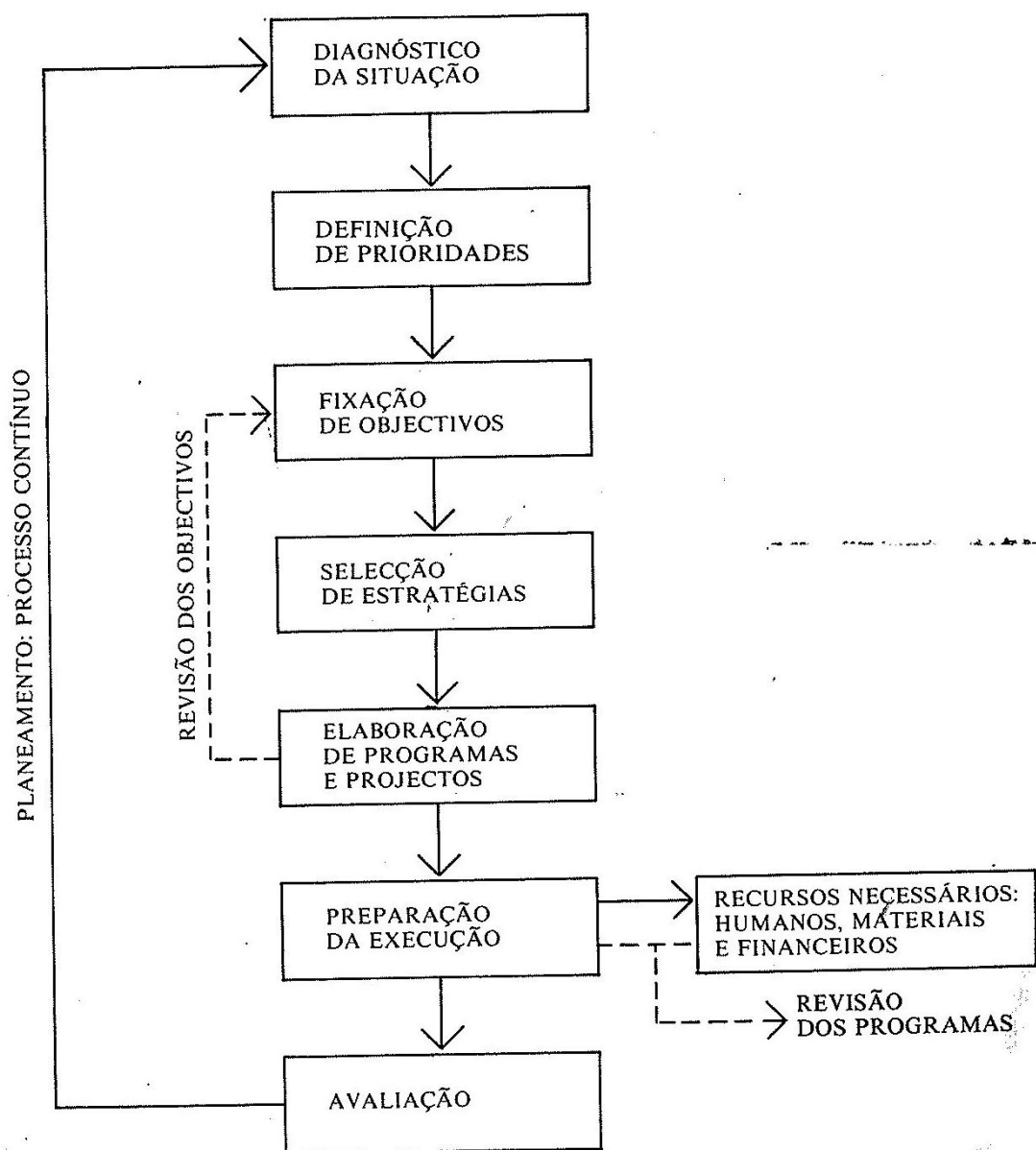
Anexo I: Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde (Traduzido)

DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE (TRADUZIDO)



Anexo II: Fases do Processo de Planeamento da Saúde

FASES DO PROCESSO DE PLANEAMENTO DA SAÚDE



**Anexo III: Checklist utilizada pela USP do ACES LC para auditar os
serviços de vacinação**

AUDITORIA INTERNA AO SERVIÇO DE VACINAÇÃO

ACES _____ Centro de Saúde _____
Unidade de Saúde _____
Coordenador da Unidade: _____
Responsável do serviço de Vacinação: _____

1

AUDITORIA Nº _____/ _____ (ANO) DATA DA AUDITORIA: ____/ ____/201__

AUDITORIA REALIZADA POR (NOME, CATEGORIA PROFISSIONAL):

_____, _____
_____, _____

GUIÃO DE AUDITORIA

1 - ESTRUTURA FÍSICA/INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

	Sim	Não	Evidência
1.1. Sala de vacinação			
Espaço dedicado			
Espaço com outras utilizações, Quais:			
	C	NC	Evidência
1.2. Ventilação:	C	NC	Evidência
Natural			
Mecânica			
1.3. Sistema de climatização:	Sim	Não	Evidência
Existência de sistema de climatização			
Sistema de climatização (caso exista):	C	NC	Evidência
Unidade individual			
Sistema centralizado			
1.4. Iluminação:	C	NC	Evidência
Natural			
Artificial			
1.5. Pavimento			
1.6. Lavatório e dispositivos para lavagem das mãos:	C	NC	Evidência
Lavatório			
Com torneira de comando não manual			
Munido de suporte para sabão líquido			
Munido de suporte para toalhetes descartáveis			
1.7. Bancada de trabalho:	C	NC	Evidência
Características			
Material só para o ato			

1.8. Catre/marquesa:	C	NC	Evidência
Características			
Cobertura impermeável para catre/marquesa			
Suporte para rolo de papel			
1.9. Cortinas/biombos			
1.10. Secretária			
1.11. Cadeira rodada com braços			
1.12. Cadeiras fixas sem braços			
1.13. Armário	C	NC	Evidência
Fechado			
De fácil higienização			
1.14. Equipamento de proteção individual:	C	NC	Evidência
Luas			
Utilização de luvas			
Máscaras			
1.15. Equipamento informático	C	NC	Evidência
Equipamento adequado às necessidades			
Se não conforme, clarificar:			
Equipamento é de exclusiva utilização para vacinação			
Existe e-mail próprio da vacinação			
Identificar caso exista:			
No "ambiente de trabalho" do posto de trabalho da vacinação existe:			
a. SINUS			
b. RCV			
c. Software de datalogger			
d. Apenas ficheiros/documentos relativos a vacinação, organizados criteriosamente			

Observações:

2- HIGIENIZAÇÃO			
2.1. Higienização das mãos:	C	NC	Evidência
a. Sabão líquido para lavagem higiénica de mãos com pH 5.5			
b. Método alternativo para desinfeção das mãos (solução alcoólica)			
c. Solução alcoólica devidamente tapada			
d. Solução alcoólica dentro do prazo de validade			
e. Solução alcoólica com data de abertura			
f. Solução alcoólica no recipiente original			
2.2. Higienização	Sim	Não	Evidência
a. Higienização da sala em conformidade			
b. Existência de plano de higienização da sala			
c. Existência de registo de higienização da sala - limpeza corrente (pelo menos 2x/dia)			
d. Existência de registo de higienização da sala - limpeza de conservação (pelo menos 1x/semana)			
e. Existência de registo de higienização da sala -			

limpeza global (pelo menos uma vez de dois em dois meses)			
f. O frigorífico encontra-se devidamente higienizado			
g. Existe registo da higienização do frigorífico			

Observações:

3

3 - REDE DE FRIO	Sim	Não	Evidência
3.1. Frigorífico está localizado na sala de vacinação Se resposta "Não", especificar local e auditar esse local			
3.2. Equipamento para armazenagem de vacinas			
a. Frigorífico específico para vacinas			
b. Registo contínuo de temperaturas internas			
- Registo gráfico			
- Data logger			
c. Arquivo dos registos de temperaturas			
d. Termómetro interno			
e. Registo manual em modelo do ACES LC, no mínimo 2x/dia			
f. Download do registo do datalogger: 1x/dia no início do turno da manhã			
g. Local de colocação do datalogger: centro do frigorífico			
h. Ficha elétrica identificada			
i. Sistema de alarme no frigorífico funcional			
3.3. Contrato de manutenção: data da última operação de manutenção: / /			
3.5. Acidentes da rede de frio			
a. Existência de procedimentos escritos para situações de avaria/falhas de energia (norma de procedimento sobre "Qualidade da Rede de Frio-1.ª atualização")			
b. Acidentes da rede de frio ocorridos durante este ano			
Se resposta "Sim", especificar:			

Nº de acidentes: _____

Montante desperdiçado (€): _____

Causa:

- Avaria frigorífico _____
- Falha corrente elétrica _____
- Outras _____

c. Acidentes da rede de frio	C	NC	Evidência
1. Registo/arquivo			
2. Notificação (cumprindo norma)			
3.6. Registos de temperatura	C	NC	Evidência

a. janeiro	data ____/____/____			
b. julho	data ____/____/____			
c. À data ____/____/____	hora: ____ - Temp ____ °C			

Observações:

4 – EQUIPAMENTO E MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O TRATAMENTO DA ANAFILAXIA			
4.1. Equipamento mínimo e medicamentos, de acordo com a circular normativa da DGS Nº 40/2011, de 21/12/2011 e atualizada a 26/01/2012:	Sim	Não	Evidência
— Insuflador manual c/ saco/reservatório + filtro descartável Adulto – 2 unid.			
— Insuflador manual c/ saco/reservatório+filtro descartável Pediátrico – 1 unid.			
— Tubo de Mayo infantil – 1 unid.			
— Tubo de Mayo lactente – 1 unid.			
— Tubo de Mayo médio – 1 unid.			
— Máscara com nebulizador e tubo – Adulto – 1 unid.			
— Máscara com nebulizador e tubo – Pediátrico - 1 unid.			
— Cloreto Sódio 9mg/ml sol inj 500 ml IV - 1 unid.			
— Cloreto Sódio 9 mg/ml sol inj 100 ml IV- 1 unid.			
— Cateter p/ venopunção c/ proteção e recolha de agulha 18 – 2 unid.			
— Cateter p/ venopunção c/ proteção e recolha de agulha 20 – 2 unid.			
— Cateter p/ venopunção c/ proteção e recolha de agulha 22 – 2 unid.			
— Cateter p/ venopunção c/ proteção e recolha de agulha 24 – 2 unid.			
— Sistema p/ administração de soros-gotejo normal c/ filtro – 2 unid.			
— Sistema de torneiras de 3 vias c/ prolongamento – 2 unid.			
— Seringa irrecuperável s/ agulha - 2 ml - 2 corpos – 5 unid.			
— Seringa irrecuperável s/ agulha - 5 ml - 2 corpos – 5 unid.			
— Agulha irrecuperável 40/8 – 10 unid.			
— Agulha irrecuperável 40/9 – 10 unid.			
— Agulha irrecuperável 25/6 – 10 unid.			
— Adrenalina 1 mg/ml sol inj. IM IV IC SC - 3 unid.			
— Água p/ preparação injectáveis 5 ml sol inj - 5 unid.			
— Cloreto Sódio 9mg/ml sol inj 10 ml IV – 5 unid.			

— Clemastina 2mg/2ml sol inj IM IV – 1 unid.			
— Metilprednisolona 125mg pó sol inj IM IV - 2 unid.			
— Metilprednisolona 500 mg po sol inj IM IV – 1 unid.			
— Salbutamol 5 mg/ml sol inal neb fr 10 ml – 1 unid.			
4.2. Todo o equipamento/medicamentos estão em local de fácil acesso, devidamente acondicionados e dentro da validade			
4.3. Está definido o responsável pela verificação de conformidade do equipamento/medicamentos Se “Sim”, nome do responsável: _____			
4.4. Todos os enfermeiros sabem quem é o responsável pela verificação do material de anafilaxia			
4.5. Está completamente preenchido o modelo de verificação do kit de anafilaxia			

Observações:

5 - RECURSOS HUMANOS	N.º
5.1 N.º de enfermeiros com formação na área PNV (frequência de, pelo menos, uma formação em PNV, tendo sido a entidade formadora a DGS ou a ARSLVT)	
5.2 N.º de enfermeiros com formação em BCG (tendo sido a entidade formadora a DGS ou a ARSLVT)	
5.3 N.º de enfermeiros com prática na área do PNV (mínimo 6 meses de intervenção no PNV)	
5.4 N.º de enfermeiros com prática em BCG (administração de pelo menos 20 vacinas de BCG)	
5.5 N.º de enfermeiros com prática de utilização do SINUS	
5.6 N.º de enfermeiros com prática de utilização do RCV	
5.7 N.º de enfermeiros que administram vacinas	
5.8 N.º de enfermeiros presentes à data da auditoria	
5.9 N.º de inoculações de BCG na unidade no último mês	
5.10 N.º de inoculações de BCG no último semestre	

Observações:

6 - ORIENTAÇÕES TÉCNICAS/ ORGANIZAÇÃO DE DOCUMENTOS *	Sim	Não	Evidência
6.1. Dossier organizado com prescrições médicas de vacinas.			
6.2. Dossier organizado com declarações de recusa vacinal			
6.3. Dossier organizado com declarações médicas de contra indicações			
6.4. Dossier organizado com outras declarações médicas relevantes no âmbito da vacinação			
6.5. Dossier organizado e atualizado com as Orientações Técnicas da DGS/ACES			
6.6. Dossier organizado com RCM das vacinas			

6.7. Dossier organizado com registo de temperaturas frigorífico			
6.8. Manual SINUS Vacinação			
6.9. Manual Rede Frio ARSLVT			

*Poderão estar todos organizados em dossier(s) comum, com identificação separada

Observações:

6

7 - GESTÃO DE VACINAS	Sim	Não	Evidência
7.1. Está definido o responsável pela gestão das vacinas Se "Sim", nome do responsável:			
7.2. Estão instituídos procedimentos escritos de controlo de prazos de validade Se "Sim", especificar a periodicidade deste controlo:			
	C	NC	
7.3. Acondicionamento de vacinas e solventes no equipamento de frio			
7.4. As vacinas estão arrumadas de acordo com os prazos de validade, de modo a permitir utilizar em primeiro lugar as vacinas que têm o prazo de validade mais curto - norma FEFO (<i>first expire, first out</i>).			
7.5. As vacinas estão arrumadas no seu local pré destinado.			
7.5. As vacinas estão arrumadas respeitando uma distância de 2 cm entre grupos de vacinas e em relação às paredes do frigorífico.			
7.6. As vacinas (frascos, ampolas, seringas pré-cheias) estão nas suas embalagens de origem.			
7.7. As vacinas com embalagens idênticas (ex: DTPaHib e DTPaVIP), não estão arrumadas perto umas das outras.			
7.8. Todas as vacinas estão arrumadas em local claramente identificado (ex. nas prateleiras).			
7.9. No frigorífico só estão armazenados vacinas/tuberculina.			

Observações:

8 - FARMACOVIGILÂNCIA	Sim	Não	Evidência
8.1. Existência de impressos de notificação de RAM			
8.2. Número de notificações de RAM efetuadas no ano civil transato/1º semestre ano em curso			

Observações:

10 – PROCEDIMENTOS DE BOAS PRÁTICAS	Sim	Não	Evidência
-------------------------------------	-----	-----	-----------

10.1. É efetuada a verificação do lote da(s) vacina(s) e do(s) solventes(s) e respetivos prazos de validade, antes da administração da vacina <i>(evidenciar através de verificação do procedimento a pelo menos um utente)</i>			
10.2. É efetuado o registo da(s) vacina(s) administrada(s) no boletim (nome comercial da vacina, data, lote, rubrica do enfermeiro que administra a vacina) <i>(evidenciar através de verificação do procedimento ao mesmo utente)</i>			
10.3. É efetuado o registo da(s) vacina(s) administrada(s) no SINUS vacinação <i>(evidenciar através de verificação do procedimento ao mesmo utente)</i>			
10.4. É informado o utente acerca de possíveis efeitos secundários à administração da(s) vacina(s) e procedimentos a ter <i>(evidenciar através de verificação do procedimento ao mesmo utente)</i>			
10.5. Após administração da(s) vacina(s) o utente fica em vigilância durante pelo menos 30 minutos <i>(evidenciar através de verificação do procedimento ao mesmo utente)</i>			
10.6. Não são desperdiçadas oportunidades de vacinação no âmbito do PNV, sendo vacinados utentes que não tenham agendado previamente a vacinação			
10.7. Foram efetuadas convocatórias para utentes com PNV em atraso no último ano/1º semestre do ano <i>(evidenciar sempre que possível através de registo escrito ou consulta a base de dados)</i>			
10.8. São vacinados utentes não inscritos na unidade de saúde <i>(evidenciar sempre que possível através de registo escrito ou consulta a base de dados)</i>			
10.9. É sempre remetida informação de retorno dos utentes vacinados e que estão inscritos nos ACES fora da área de influência da ARSLVT <i>(evidenciar sempre que possível através de registo escrito ou consulta a base de dados)</i>			
10.10. Procedimentos a adotar em caso de anafilaxia afixados em local visível			
10.11. Existe informação afixada em local visível aos utentes para a necessidade de ficarem em vigilância na unidade após a administração de qualquer vacina			

Observações:

11 - HORÁRIO DE VACINAÇÃO	Sim	Não	Evidência
11.1. Está definido horário de vacinação — Horário de vacinação: _____ — Horário da Unidade de Saúde (onde o serviço está sediado): _____			
11.2. Existência de horário de vacinação afixado ao público em local visível			

Observações:

12 – GESTÃO PROGRAMA	Sim	Não	Evidência
12.1. O enfermeiro que opera na sala de vacinação sabe avaliar taxas de cobertura vacinal (evidenciar com coorte de PNV cumprido e PNV recomendado)			
12.2. O enfermeiro conhece as taxas de cobertura vacinal da unidade (avaliar conhecimento sobre valores das coortes VASPR, coorte 2012; BCG, coorte 2012, VHB, coorte 2013; DTPa, coorte 2000).			

12.3 – Que estratégias são utilizadas na unidade para aumentar as taxas de cobertura vacinal:

Observações:

13 – VACINAÇÃO INTERNACIONAL	Sim	Não	Evidência
13.1. O enfermeiro informa os utentes que viajam para fora da europa e que não tem prescrição de vacinas para:			
a. Médico de família			
b. Consulta do viajante			
13.2 O enfermeiro conhece os locais de consulta do viajante/vacinação internacional (solicitar identificação dos locais)			
13.3. Existem folhetos informativos atualizados sobre consulta do viajante/vacinação internacional			

Observações:

**Anexo IV: Escala de Auto-Eficácia Geral de Miguel Araújo & Octávio
Moura (2011)**

General Self-Efficacy (GSE)

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995)

Versão Portuguesa: Escala de Auto-Eficácia Geral

Miguel Araújo & Octávio Moura (2011)

Tendo em consideração as quatro alternativas de resposta, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a forma como lida com as situações:

- ① — De modo nenhum é verdade. ② — Dificilmente é verdade.
③ — Moderadamente verdade. ④ — Exactamente verdade.

1	Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente.	①	②	③	④
2	Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.	①	②	③	④
3	Para mim é fácil agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos.	①	②	③	④
4	Estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.	①	②	③	④
5	Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas.	①	②	③	④
6	Consigo resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	①	②	③	④
7	Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades.	①	②	③	④
8	Quando confrontado com um problema, consigo geralmente encontrar várias soluções.	①	②	③	④
9	Se estiver com problemas, consigo geralmente pensar numa solução.	①	②	③	④
10	Consigo geralmente lidar com tudo aquilo que me surge pelo caminho.	①	②	③	④

Referências Bibliográficas da Versão Original e da Versão Portuguesa:

Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores Portugueses. *Revista Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio* (pp. 35-38). Windsor: NFER-Nelson.

Copyright: Esta escala pode ser utilizada para fins de investigação científica, desde que, sejam feitas as devidas referências aos autores da escala original e da versão Portuguesa e desde que seja enviado um email (octavio@octaviomoura.com) a pedir a autorização para a sua utilização. A escala pode ser igualmente utilizada na prática clínica.

Contacto: ✉ octavio@octaviomoura.com 🌐 www.octaviomoura.com

**Anexo V: Autorizações do Sr. Diretor Executivo do GAT, Ricardo
Fernandes**



Ricardo Ferreira <ricardoasferreira@gmail.com>

Fwd: Solicitação de visita a campo de estágio Opção II - 10º Curso de Pós-Licenciatura / Mestrado em Enfermagem Comunitária - Ano letivo 2018/2019 - ES31012019AR

Miguel Rocha <lmiguelrocha@gmail.com>
Para: ricardoasferreira@gmail.com

15 de fevereiro de 2019 às 21:08

Miguel Rocha

Início da mensagem reencaminhada:

De: Ricardo Fernandes <ricardo.fernandes@gatportugal.org>
Data: 15 de fevereiro de 2019, 20:42:14 WET
Para: Apoio Docência 2º Ciclo <ApoioDocencia2Ciclo@esel.pt>
Cc: Miguel Rocha <miguel.rocha@gatportugal.org>, Jose Edmundo Xavier Furtado Sousa <jesousa@esel.pt>, Maria Lourdes Gil Patricio Varandas Costa <lcosta@esel.pt>, Teresa Maria Ferreira Dos Santos Potra <tsantos@esel.pt>
Assunto: Re: Solicitação de visita a campo de estágio Opção II - 10º Curso de Pós-Licenciatura / Mestrado em Enfermagem Comunitária - Ano letivo 2018/2019 - ES31012019AR

Exma. Profª Doutora Teresa Santos Potra,

Agradecemos desde já o interesse na nossa instituição e é com muito gosto que o GAT autoriza a visita a campo de estágio do seu mestrando.

Conforme combinado o meu colega Enf. Miguel Rocha orientará esta atividade nos nossos serviços.

Com os nossos melhores cumprimentos

Ricardo Fernandes
Diretor Executivo do **GAT**

Avenida Paris, 4, 1ºD andar
1000-228 Lisboa, Portugal
T +351 210 967 826
M +351 918 218 641
www.gatportugal.org

Esta mensagem pode conter informação confidencial, não devendo assim ser copiada ou enviada a terceiros. Se a mensagem lhe tiver sido enviada por lapso, deverá apagá-la e informar o emissor. O conteúdo desta mensagem é da exclusiva responsabilidade do emissor, não podendo o GAT ser responsabilizado pelo mesmo.

This message may contain confidential information and must not be copied or sent to others. If the message has been sent to you by mistake, you should delete it and notify the sender. The content of this message is the sole responsibility of the issuer, GAT can not be held responsible.

No dia 13/02/2019, às 17:48, Apoio Docência 2º Ciclo <ApoioDocencia2Ciclo@esel.pt> escreveu:

Exmo. Sr. Diretor Executivo

Ricardo Fernandes

GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos

A Unidade Curricular de **Opção II** – Projeto, do 10º Curso de Pós-Licenciatura / Mestrado em Enfermagem

na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, tem como finalidade que o estudante perspetive o seu percurso de formação na área clínica de especialização, no sentido de desenvolver as competências de enfermeiro especialista. Neste sentido vem a ESEL solicitar autorização para uma visita a campo de estágio (Nota Explicativa de Estágio em anexo), de **1 estudante** para a seguinte calendarização:

Período	Estudantes - 1
25-02-2019 a 10-07-2019	Ricardo Alexandre Sousa Ferreira

Agradecemos antecipadamente a disponibilidade concedida a este pedido.

A Coordenadora do 2º Ciclo

Profª Doutora Teresa Santos Potra

Com os melhores cumprimentos

Carlos Fernandes

Assistente Técnico

Núcleo de Apoio à Docência 2º Ciclo

<image001.jpg>

Pólo Artur Ravara

Av. D. João II, Lote 4.69 - 01

1990-096 LISBOA – PORTUGAL

Tel.: (351) 218 912 200

E-mail: apoiodocencia2ciclo@esel.pt

<Nota Explicativa.pdf>

Pedido para utilização do nome da instituição GAT

Ricardo Fernandes <ricardo.fernandes@gatportugal.org>

1 de fevereiro de 2020 às 22:38

Para: RICARDO ALEXANDRE SOUSA FERREIRA <ricardoasferreira@campus.esel.pt>

Cc: Miguel Rocha <miguel.rocha@gatportugal.org>, Direção GAT <direcagat@googlegroups.com>

Caro Enf.º Ricardo Ferreira,
No contexto da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º Semestre do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária, autorizo a utilização do nome do GAT para a divulgação pública dos dados recolhidos.
Com os meus melhores cumprimentos

Ricardo Fernandes

Diretor Executivo do **GAT**

Avenida Paris, 4, 1ºD andar
1000-228 Lisboa, Portugal

T +351 210 967 826

M +351 918 218 641

www.gatportugal.org

Esta mensagem pode conter informação confidencial, não devendo assim ser copiada ou enviada a terceiros. Se a mensagem lhe tiver sido enviada por lapso, deverá apagá-la e informar o emissor. O conteúdo desta mensagem é da exclusiva responsabilidade do emissor, não podendo o GAT ser responsabilizado pelo mesmo.

This message may contain confidential information and must not be copied or sent to others. If the message has been sent to you by mistake, you should delete it and notify the sender. The content of this message is the sole responsibility of the issuer, GAT can not be held responsible.

No dia 29/01/2020, às 20:49, RICARDO ALEXANDRE SOUSA FERREIRA <ricardoasferreira@campus.esel.pt> escreveu:

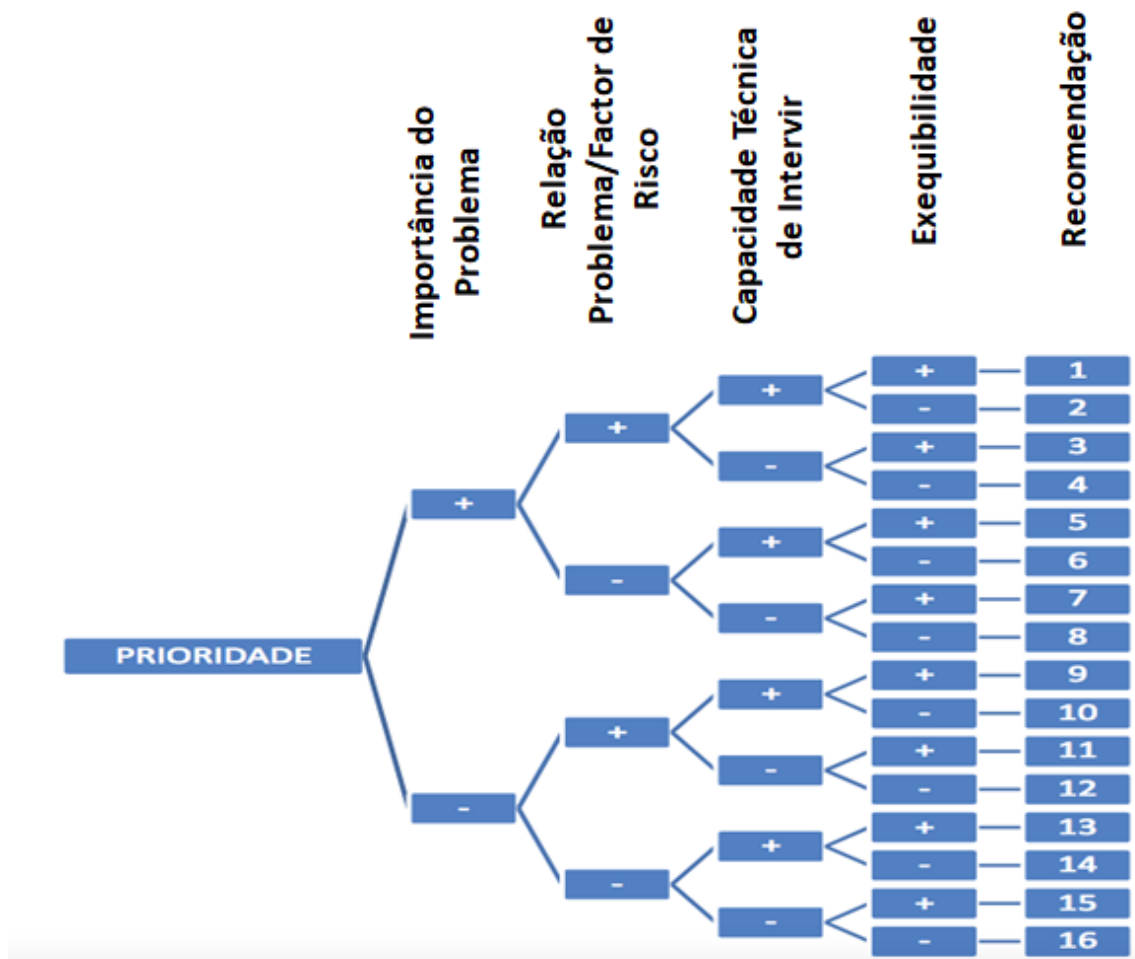
Exmo. Sr. Diretor Executivo
Ricardo Fernandes
GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º Semestre do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária, etapa em que me encontro atualmente a desenvolver estágio no GAT, com o objetivo de "Promover a acessibilidade, de pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra a hepatite b", venho por este meio pedir autorização para utilizar o nome da instituição GAT aquando da divulgação pública dos dados recolhidos e das atividades realizadas enquadradas no estágio desenvolvido no GAT.

Agradeço antecipadamente a disponibilidade concedida a este pedido.

Com os melhores cumprimentos,
Ricardo Ferreira

Anexo VI: Grelha de análise, de Pineault e Daveluy (1986)



Anexo VII: Treino inicial da rede de Rastreio



CERTIFICADO

Ricardo Alexandre Sousa Ferreira
participou nos dias 12 e 13 de Novembro
em Lisboa no **TREINO INICIAL DA REDE**
DE RASTREIO.

A duração deste treino foi de **10,5** horas.

LUÍS MENDÃO
Presidente do GAT

redederastreio@gatportugal.org
redederastreio.pt

TREINO INICIAL DA REDE DE RASTREIO

Centro de Inovação da Mouraria, R. dos Lagares 23, 1100-022 Lisboa

12.11.2019

- 11:00-11:30** Atualização sobre as infeções por VIH, VHB, VHC e sífilis
- 11:30-12:00** Identificar pessoas em risco para as infeções por VIH, VHB, VHC e sífilis
- 12:00-12:15** Intervalo
- 12:15-13:00** Atendimento sequencial para o rastreio integrado às quatro infeções: intervenções comuns
- 13:00-14:30** Almoço
- 14:30-15:15** Atendimento sequencial para o rastreio integrado às quatro infeções: intervenções específicas
- 15:15-15:30** Intervalo
- 15:30-17:00** Conduta ética da pessoa que rastreia

13.11.2019

- 10:00-11:00** 12 componentes do sistema de gestão da qualidade dos locais de rastreio não clínicos: foco na segurança e instalações
- 11:00-11:15** Intervalo
- 11:15-13:00** Treino da triagem das pessoas em risco, informação, rastreio e ligação aos cuidados de saúde
- 13:00-14:30** Almoço
- 14:30-17:00** Treino da triagem das pessoas em risco, informação, rastreio e ligação aos cuidados de saúde

PROMOTOR



PARCEIROS



FINANCIADO POR



APOIO AO GAT



Anexo VIII: Comunicação oral subordinada ao tema “Barreiras percebidas e acesso à vacinação em pessoas adultas e grupos vulneráveis em risco não vacinados” nas II^{as} Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz



Certificado

Ricardo Ferreira

Participou com a apresentação da seguinte comunicação Livre "Barreiras percebidas e acesso à vacinação em pessoas adultas e grupos vulneráveis em risco não vacinados", nas II^{as} Jornadas de Enfermagem – Cuidado Centrado na Pessoa, que decorreram nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2020, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Cidália Carcho

Presidente da Comissão Científica

Aida Sora

Presidente da Comissão Organizadora

Com o apoio de:

